Autonarrativas, autoetnografia e reflexões sobre subjetividade e saúde

Mônica Lima
ORGANIZADORA

EDUFBA

Autonarrativas, autoetnografia e reflexões sobre subjetividade e saúde

Mônica Lima (org.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA, M, ed. *Autonarrativas, autoetnografia e reflexões sobre subjetividade e saúde* [online]. Salvador: EDUFBA, 2026, 216 p. ISBN: 978-65-5630-993-4. https://doi.org/10.7476/9786556309934.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

"Meu ser habita os desenhos.
Nos desenhos, mais do que em cores e formas, me derramei e escorreguei em sentidos, emoções e descobertas, que só ter um tumor pode despertar. Eles compõem agulhas de marear: bússolas". Neste livro apresentamos autonarrativas/ autoetnografia em desenho, verbo e música sobre experiências de tratamento de câncer de mama de mulheres brancas ou brancas/mestiças com alta escolaridade. Adotamos a produção do conhecimento na perspectiva da Ciência Social performática, que incentiva produções colaborativas, com enfoque dramatúrgico, carregadas de valores e emoções. Além disso, oferecemos textos teóricos com reflexões a partir da Psicologia Social Construcionista, da Psicanálise, da Gestalt-terapia e sobre a dimensão racial em torno de processos saúde-doença-cuidado.

Autonarrativas, autoetnografia e reflexões sobre subjetividade e saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor
Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor
Penildon Silva Filho

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora
Susane Santos Barros

CONSELHO EDITORIAL

Titulares
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Cleise Furtado Mendes
George Mascarenhas de Oliveira
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Mônica Neves Aguiar da Silva

Suplentes
José Amarante Santos Sobrinho
Lorene Pinto
Lúcia Matos
Lynn Alves
Paola Berenstein Jacques
Rafael Moreira Siqueira

Mônica Lima
ORGANIZADORA

Autonarrativas, autoetnografia e reflexões sobre subjetividade e saúde

SALVADOR | EDUFBA | 2026

2026, autores.
Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal.
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial *Cristovão Mascarenhas*
Coordenação gráfica *Edson Nascimento Sales*
Coordenação de produção *Gabriela Nascimento*
Assistente editorial *Bianca Rodrigues de Oliveira*
Capa e projeto gráfico *Lúcia Valeska Sokolowicz*
Revisão *Letícia Santos Rodrigues*
Normalização *Kátia Rodrigues*
Ilustração da capa *Cicatrizes, Mônica Lima (Molije), 2021*

Sistema Universitário de Bibliotecas / SIBI.UFBA

Autonarrativas, autoetnografia e reflexões sobre subjetividade e saúde / Mônica Lima, organizadora. – Salvador : EDUFBA, 2026.
216p. : il.

ISBN 978-65-5630-944-6

1. Autoetnografia. 2. Autonarrativas. 3. Subjetividade. 4. Psicologia social. 5. Mulheres - Narrativas pessoais. 6. Saúde -Aspectos sociais. I. Lima, Mônica.

CDD 306.461

Elaborada por Sandra Batista de Jesus CRB-5: BA-001914/O

Editora afiliada à

ASOCIACION DE EDITORIALES UNIVERSITARIAS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo
s/n – *Campus* de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164
www.edufba.ufba.br
edufba@ufba.br

Sumário

7, **Apresentação: bússolas auspiciosas**
Mônica Lima (Molije)

17, **Prefácio – A arte de produzir encontros quando tudo parecia desencontro**
Dulce Aurélia de Souza Ferraz

PARTE I

23, **Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu**
Mônica Lima (Molije)

61, **Ressignificações musicais no processo saúde-doença**
Maria Lúcia Vaz Masson (Malu)

91, **Aprender a ser cuidada em círculos de mulheres**
Flavia Rego

99, **Vivências sobre reabilitação de câncer de mama**
Ivana Spínola Cedraz

107, **[...]**
Marie Curie (assinatura hipotética)

PARTE II

111, **Algumas considerações sobre autoetnografia psicossocial por desenho autoral na Psicologia Social**

Mônica Lima (Molije)

131, **A arte desvela a alma, um olhar gestáltico**

Maria Alice Queiroz de Brito (Lika Queiroz)

143, **O corpo e seus embaraços**

Aléssia Silva Fontenelle

159, **Perspectivas epistemológicas, humanizadoras e terapêuticas das autonarrativas de adoecimento**

Emerson F. Rasera

173, **Quando se quebra o instituído ou acerca de ser uma pessoa branca mestiça**

Eliane Silvia Costa

207, **Posfácio – Reatando fios e tecendo palavras**

Flávia Goulart Rosa

213, **Sobre as(os) autoras(es)**

Apresentação: bússolas auspiciosas

Escrever uma apresentação de livro deveria, por natureza, ser sempre algo prazeroso. Iniciar a apresentação deste livro significa fechar o primeiro momento de um ciclo. Esse ciclo começou para mim em agosto de 2020, gerado pela descoberta de um tumor maligno. Um tumor maligno não tem a capacidade de gerar nada de bom, ele precisa ser extirpado ou, no mínimo, subjugado. Eu não aprendi nada com ele. Então, eu não estou feliz por escrever esta apresentação, mas estou aliviada em poder escrevê-la. Logo, é uma tarefa que se distancia do prazer e abraça o alívio. Acabou!

Eu vivenciei com a descoberta e o tratamento do tumor um processo, que teria sido melhor se pudesse ter sido sem ele. Adoraria ter feito uma autoetnografia por desenho autoral que não fosse sobre uma enfermidade, confesso. Mas ele estava lá no meu corpo (não só no seio) e eu não pude ignorá-lo. E logo rodeada de mulheres vivenciando o mesmo problema de saúde. Desenhar e teorizar sobre o que ele me provocou foi a minha estratégia de subjugá-lo, além de extirpá-lo. Cada uma de nós tem sua maneira de lidar com um câncer de mama do ponto de vista pessoal. Aqui há algumas versões autobiográficas e leituras

teóricas que compõem bússolas auspiciosas. Soa contraditório, mas não se trata de um livro sobre câncer de mama. Embora as autonarrativas girem em torno dessa enfermidade, o objetivo deste livro traz bom agouro e exige de todas um compromisso ético-político. Ele foi organizado como um todo, e não se resume à soma das partes, para nos defrontarmos com o privilégio concreto simbólico ou material (Bento, 2014) de sermos brancas ou branca/mestiça e termos acesso à saúde em relação à população negra e aos povos indígenas, mesmo em situações de sofrimento.

Nós contamos nossas histórias de cura. Houve perdas, mas todas foram muito bem cuidadas, tiveram acesso à saúde. Este livro não fala de quem não tem o direito à saúde, ele quer dar esperança para dizer que é possível sofrer com dignidade. Para isso, quem faz parte do grupo populacional (branco) marcado por privilégios simbólicos e materiais (Bento, 2014; Schucman, 2014), como é o caso emblemático daquelas que compuseram autonarrativas em desenho, em música e em verbo, sabe que sofreu em circunstâncias privilegiadas e busca espalhar essa notícia ao mundo. Oferecer outras direções para pesquisar e cuidar.

Este livro está organizado em duas seções. A primeira é composta por cinco textos. Esses textos não são capítulos teóricos, mas autonarrativas que performam a produção do conhecimento na perspectiva da Ciência Social performática (Gergen; Gergen, 2011). Essa perspectiva incentiva produções colaborativas e utiliza o enfoque dramatúrgico, que vem carregado de valores e emoções. Tais produções partem, portanto, do encontro da Ciência e das Artes como potencializador para a produção do conhecimento sobre questões sociais e políticas, e não só como meio de divulgação. Nessa direção, aqui o convite é sua leitura como aproximação às problemáticas que serão, em certa medida, teorizadas em momentos seguintes.

Eu, Mônica Lima (Molije), professora titular, pesquisadora e extensionista da Universidade Federal da Bahia (UFBA), desenhei/escrevi o texto de abertura "Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu" (Capítulo 1) e, a partir deste, fiz convites em duas direções complementares. Enviei o referido texto para colegas-amigas que tinham passado ou estavam passando pelo câncer de mama e solicitei a elas que contassem suas experiências em autonarrativas e a colegas-pesquisadoras que pudessem teorizar em suas *expertises* do campo psicológico sobre aspectos/dimensões/temáticas despertadas pela leitura do meu texto, mas com escolha livre de como conduzir suas escritas. As últimas leram apenas a minha autonarrativa e não as das demais autoras. A versão original desse texto conta com 27 imagens (Lima, 2023), das mais de 50 que fiz durante todo o processo. Para a versão oferecida neste livro, exponho 15 no total, sendo que 10 (incluindo a capa do livro) estão disponíveis diretamente no texto e quatro estão apenas em meio digital[1]. Essa decisão só diminuiu o colorido da impressão do livro e não comprometeu a composição do texto.

Todo esse processo de convite, aceite, desistência e envio dos textos durou quase dois anos. Sim, houve desistências, atrasos, dificuldades e talvez meu pedido tenha sido demasiado. Algumas pessoas não conseguiram escrever por motivos diversos; embora como aquelas que escreveram, as que não puderam ficaram muito impressionadas e honradas com o convite. Somos muito corajosas mesmo. Ao longo desse processo, concluí que estava exigindo muito das minhas colegas: partir de uma autonarrativa emotiva, em primeira pessoa do singular, cheia de confissões e desenhos para teorizar!? Ao menos era sério, além de colorido! Por isso, agradeço a cada uma delas, aquelas que escreveram em primeira pessoa do singular, assim como eu, e aquelas que teorizaram com cuidado e consistência que só grandes pesquisadoras são capazes de produzir. Para seguir com a apresentação de cada capítulo,

[1] Disponível em: @monicamolije.

preciso advertir as leitoras de que não são textos necessariamente sobre a minha pessoa ou das minhas colegas, interpretações sobre um dos processos, e sim sobre aspectos/dimensões/temáticas em torno do que uma autonarrativa sobre enfermidade pode gerar dentro de estilos teóricos diferentes.

"Ressignificações musicais no processo saúde-doença" (Capítulo 2) é uma autonarrativa da fonoaudióloga, professora, pesquisadora da UFBA, Maria Lúcia Vaz Masson (Malu), sobre o seu processo de cura de câncer de mama. Nele, Malu autonarra/canta intensas mudanças geradas depois do diagnóstico de câncer de mama na sua vida, muito além do campo da saúde. O texto ainda oferece musicalmente uma descrição detalhada de etapas e procedimentos (cirúrgicos, medicamentosos e reabilitadores) em torno do tratamento do câncer de mama, com referências biomédicas atualizadas, que servirão para qualquer mulher que precise tomar decisões sobre o seu próprio tratamento. Malu, que é especializada em Voz, durante o seu tratamento volta a acariciar seu violão adormecido e soltar a sua voz delicada e afinada.

"Aprender a ser cuidada em círculos de mulheres" (Capítulo 3) é uma autonarrativa da mastologista, especializada em oncoplastia, mamografia e reconstrução mamária, Flavia Rego. Flavia narra um pouco do seu processo de cuidado de si, tendo como pano de fundo a potência da cura em círculos de mulheres que se cuidam com foco nas camadas do feminino. Descobrir um tumor maligno no seu seio, depois de anos cuidando de inúmeras mulheres que vivenciaram esse mesmo diagnóstico, desperta nela, além de sofrimento, o óbvio: a importância de cuidar de si mesma. Um excelente recado para outras mulheres, com duplas ou triplas jornadas de trabalho, entre a complexa tarefa de ser companheira, mãe e trabalhadora. Muitas leitoras poderão se identificar com sua autonarrativa e poderão refletir sobre as relações entre gênero, classe social e trabalho.

"Vivências sobre reabilitação de câncer de mama" (Capítulo 4) é uma breve narrativa de Ivana Spínola Cedraz, fisioterapeuta especializada em oncologia, fundadora do Projeto Sakura, sobre os efeitos de acompanhar inúmeras mulheres com diagnóstico de câncer de mama, entre elas a sua própria mãe. Em seu texto, Ivana, uma profissional muito sensível aos efeitos emocionais de todo esse processo nos seus atendimentos, convida-nos a pensar no tratamento para além da cirurgia e demais terapias (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia etc.) – entre mulheres que acompanha no Sistema Único de Saúde (SUS), no Projeto Sakura e no seu consultório. Lembra-nos da importância de cuidar dos efeitos que os referidos tratamentos, embora extremamente necessários, geram nas fáscias, nos movimentos, em todo o corpo e não só na mama afetada.

"[...]" (Capítulo 5), por Marie Curie (assinatura hipotética)[2], pesquisadora branca francesa que descobriu a radioterapia, em estilo minimalista, é um texto que marca a presença ausente de autonarrativas de mulheres indígenas e negras sobre câncer de mama, na composição autonarrativa do livro. O câncer de mama entre indígenas tem baixa incidência no Mato Grosso do Sul (Lima *et al.*, 2001) e baixa mortalidade em relação às mulheres brancas, no Brasil, em decorrência de variações étnicas, geográficas e socioculturais (Freitas-Junior *et al.*, 2015). No entanto, a taxa de mortalidade entre mulheres autodeclaradas negras por cânceres – e não exclusivamente pelo câncer de mama – é maior do que entre as mulheres autodeclaradas brancas, segundo estudo realizado em São Paulo. Essa diferença é atribuída a iniquidades no acesso à atenção à saúde de alta complexidade (Marcelino *et al.*, 2021). No que se refere ao diagnóstico de câncer de mama avançado, ele é mais prevalente entre as mulheres negras (pretas e pardas) em relação

[2] Marie Skłodowska-Curie (1867/1934) foi uma física e química polonesa naturalizada francesa, que conduziu pesquisas pioneiras sobre radioatividade (um termo que ela cunhou). Esta descoberta foi fundamental para a existência de um dos tratamentos mais comuns para não recidiva do câncer: radioterapia.

às mulheres brancas, no Rio de Janeiro. Essa prevalência diferencial está relacionada ao acesso diagnóstico tardio, que gera menos oportunidades de tratamentos curativos e repercute em maiores demandas físicas e mentais de cuidado e custo (Santos *et al.*, 2022).

Nessa direção, as reticências entre colchetes é para argumentar do ponto de vista psicossocial, tendo como pano de fundo o referido perfil epidemiológico desigual em relação aos marcadores sociais, pois as autonarrativas no livro foram produzidas em um contexto social, racial, econômico muito peculiar da branquitude (Schucman, 2014). Trata-se de uma decisão consciente tomar como ponto de partida experiências de mulheres heteroidentificadas por mim como brancas ou autoidentificada como branca mestiça (como eu), classe média, altamente escolarizadas e com acesso rápido e não só eficaz a uma gama de tratamentos, muito diferente de mulheres negras pobres, particularmente as pretas em relação às brancas abastadas economicamente (Cabral *et al.*, 2019).

A segunda seção do presente livro é composta por cinco textos teóricos. O Capítulo 6, escrito por mim, Mônica Lima (Molije), "Algumas considerações sobre autoetnografia psicossocial por desenho autoral na Psicologia Social", é uma pequena síntese sobre um método de produção do conhecimento e faz menção à tese inédita para progressão de professora titular (Lima, 2023). Neste livro, o meu texto tem algumas funções. Definir o que é uma autoetnografia para incentivar que ela se torne mais comum no campo da Psicologia, reverenciando a tradição na antropologia. Também, apresentar brevemente a proposta da autoetnografia psicossocial, como uma contribuição singular sobre a centralidade do desenho no processo de produção de conhecimento. Assim, anunciar teoricamente a passagem da autonarrativa para a autoetnografia.

"A arte desvela a alma, um olhar gestáltico" (Capítulo 7) é o texto de Maria Alice Queiroz de Brito (Lika), psicóloga clínica em Gestalt-

-terapia, professora aposentada da UFBA. Lika escolheu alguns dos meus desenhos para desenvolver sua narrativa teórica sobre como a expressão artística cria novos espaços de identidade nas circunstâncias oferecidas no e pelo mundo. Os desenhos que Lika elegeu para construir sua narrativa estarão disponíveis apenas no Capítulo 1, por razões meramente econômicas. O estilo likista é poético, generoso, consistente e didático.

"O corpo e seus embaraços" (Capítulo 8) é o texto de Aléssia Silva Fontenelle, psicanalista, pesquisadora e professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Aléssia sintetiza algumas reflexões da sua tese de doutorado sobre Frida Kahlo (Fontelle, 2019). Em estilo lancaniano, não deixa dúvida sobre a consistência e a profundidade com que enfrentou parte da obra dessa grande artista e do quanto podemos aprender com a leitura de suas telas.

Em "Perspectivas epistemológicas, humanizadoras e terapêuticas das autonarrativas de adoecimento" (Capítulo 9), Emerson F. Rasera, psicólogo, professor e pesquisador, trabalha com perspectivas construcionistas sociais na interface da Psicologia Social da Saúde com a clínica, na Universidade Federal de Uberlândia. Faz uma contribuição sobre os alcances das autonarrativas e narrativas, com as quais tem extrema familiaridade teórica. Emerson centra suas reflexões ao estilo dos construcionismos sociais, partindo da feitura dos desenhos por mim apresentados como expressões do cuidado de si e recursos estéticos na saúde mental.

"Quando se quebra o instituído ou acerca de ser uma pessoa branca mestiça" (Capítulo 10) é o texto de Eliane Silvia Costa, psicóloga, pesquisadora, extensionista e professora da UFBA. Eliane oferece-nos um dos textos mais provocadores da coletânea. Ela fecha o livro para abrir uma discussão promissora e urgente sobre processos de autoidentificação e heteroidentificação racial. Lança seu olhar em estilo crítico e especializado em questões raciais para enfrentar o racismo

que presencia no contexto soteropolitano em relação ao mundo racializado, sendo ela mulher negra paulista. Vale cada linha para entender as veias abertas da colonização nessa cidade historicamente emblemática e contraditoriamente alegre e as conjecturas futuras que poderemos fazer de leituras social e racialmente orientadas sobre tais fenômenos, a exemplo dos processos saúde-doença-cuidado.

Agradeço a todas as pessoas que participaram deste projeto. Reconheço a importância da verba do Programa de Excelência Acadêmica (Proex) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para viabilizar sua realização, recebida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFBA, onde sou pesquisadora permanente, coordenando o Laboratório de Estudos sobre Vínculos e Saúde Mental (LEV), que compõe a linha de pesquisa "Contexto de Desenvolvimento, Saúde e Clínica" linha atualizada com o nome de "Promoção e cuidado em saúde". Além disso, foi essencial a verba recebida via participação no Edital Fapesb nº 005/2024 – Apoio à Publicação Científica, Tecnológica ou de Popularização das Ciências, da Fundação de Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

Por fim, e extremamente importante, agradeço a Dulce Aurélia de Souza, analista de gestão em saúde da Fundação Oswaldo Cruz, por ter escrito a autoetnografia *180°: minhas reviravoltas com o câncer de mama* (Ferraz *et al.*, 2022) e, em seguida, por ter aceitado o convite para fazer o prefácio, como pesquisadora nativa do sentir o câncer e não apenas teorizá-lo. Com muito carinho e admiração, agradeço a Flávia Goulart Rosa, professora titular aposentada do curso de Design na Escola de Belas Artes da UFBA, por me incentivar a seguir com o projeto deste livro e por aceitar escrever um posfácio auspicioso, a partir dos seus mais de 15 anos de cura de câncer de mama, sem recidiva.

22 de julho de 2023
Mônica Lima (Molije)

Referências

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.). *Psicologia social do racismo*: estudos sobre a branquitude no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 25-58.

CABRAL, A. L. L. V. *et al*. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 613-622, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182424.31672016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/z5mz8Tp7w56HXHycNX6pdZp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 4 set. 2022.

FERRAZ, D. *et al*. *180°*: minhas reviravoltas com o câncer de mama. Rio de Janeiro: NAU, 2022.

FONTENELLE, A. S. *A arte de Frida Kahlo*: o savoir-y-faire com as peças soltas. 2019. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://teopsic.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/06/Tese-Alessia-Silva-Fontenelle-docx.pdf. Acesso em: 17 fev. 2023.

FREITAS-JUNIOR, R. *et al*. Mortalidade por câncer de mama em mulheres indígenas brasileiras. *Revista Brasileira de Mastologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 41-45, 2015. DOI: 10.5327/Z2015000200002RBM. Disponível em: https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/08/MAS_v25n2_41-45.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

GERGEN, M. M.; GERGEN, K. J. Performative Social Science and Psychology. *Forum*: Qualitative Social Research, [*s. l.*], v. 12, n. 1, 2011. DOI: https://doi.org/10.17169/fqs-12.1.1595. Disponível em: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1595/3106. Acesso em: 5 fev. 2022.

LIMA, M. *Tempo e silêncio na contemplação*: desenho autoral nas pesquisas em psicologia social construcionista. 2023. Tese (Professora titular) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

LIMA, M. G. de *et al*. Fatores de risco para câncer de mama em mulheresindígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1537-1544, nov./dez. 2001. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000600026. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/kjtmQ7NFTBVGvVLbHxSr3kL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 mar. 2022.

MARCELINO, A. C. *et al*. Race Disparities in Mortality By Breast Cancer From 2000 to 2017 in São Paulo, Brazil: A population-based retrospective Study. *BMC Câncer*, [*s. l.*], v. 21, n. 1, p. 1-18, 2021.

SANTOS, T. B. dos. *et al*. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 471-482, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022272.36462020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/gzCw47Cn678y6NmN6CZ9ZYH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 2 set. 2022.

SCHUCMAN, L. V. *Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"*: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. São Paulo: Annablume, 2014.

Prefácio
A arte de produzir encontros quando tudo parecia desencontro

A vida é a arte do encontro, nos ensina o poeta. Com a Psicologia, aprendemos que ela é também a arte de produzir ressignificações diante dos muitos desencontros de que igualmente é feita. Somos – nós, os humanos – seres que se constroem em relação, em uma permanente interação entre o que nos faz singulares e o contexto no qual nos desenvolvemos. Justamente por ser este um processo sempre inacabado, narrar nossas histórias nos ajuda a construir sentido e unidade sobre quem somos, diante da imprevisível aventura que é estarmos vivos.

Neste livro, Mônica Lima de Jesus parte do desencontro que é se ver diante do diagnóstico de um câncer de mama para elaborar uma obra única, que ela constrói com a habilidade de quem sabe tecer encontros. De sua narrativa original, definida por ela mesma como uma autoetnografia psicossocial por desenho autoral, derivam outros 11 textos, ao longo dos quais navegamos por encontros entre mulheres que viveram o câncer de mama, entre arte e ciência, entre saberes

práticos e científicos e entre cuidadoras e pacientes. São encontros preciosos e por isso quero dedicar esta minha breve reflexão prefacial a convidar a leitora a apreciá-los atentamente.

Comecemos pelo encontro da arte com a ciência. Neste livro, prosa, poesia, música, pintura e desenho autoral dialogam com a Psicologia Social Construcionista para expressar e debater as dimensões subjetivas do adoecimento e do cuidar(-se). Essas linguagens aparecem ora como formas de expressão das autoras que enfrentaram processos de adoecimento, ora como materiais que podem ser interpretados em textos teóricos sobre saúde e doença – e, em ambos os casos, destacam-se como formas de expressão que nos ajudam a construir autonarrativas, a produzir sentidos para o que vivemos e a entrar em contato com as experiências do outro. Esta é uma contribuição valiosa, primeiramente, porque explicita a potencialidade da produção do conhecimento implicado que, bem ancorado em perspectivas construcionistas, não apenas não nega a subjetividade, mas busca formas de valorizá-la. Funciona, assim, como uma resposta a desconfianças em relação à cientificidade do conhecimento produzido nas intersecções entre ciência e arte, baseadas em concepções positivistas. Além disso, ao explorar diversas expressões artísticas, o livro nos mostra que nem só com palavras construímos e comunicamos (auto)narrativas. Isso é particularmente importante no mundo da produção científica, no qual a forma de expressão por excelência é o texto escrito e as tentativas de uso de outras linguagens são frequentemente rechaçadas como não científicas.

Olhemos agora para o encontro entre saberes científicos e experienciais, evidente na própria estrutura que combina autonarrativas com textos teóricos. Mas quero me deter aqui a esse encontro como fundamento da autoetnografia, técnica utilizada por Mônica no texto-guia do livro. Novamente, estamos diante de um modo de produção do conhecimento que rompe barreiras e questiona hierarquias: uma autoetnografia nasce justamente do encontro, no mesmo sujeito,

entre o saber técnico-científico e o saber experiencial, ambos igualmente valorizados e necessários para produzir o conhecimento encarnado que esse método permite. Ela parte da experiência pessoal, mas se diferencia de outras abordagens autobiográficas justamente por usar o conhecimento científico de suas autoras para acessar dimensões sociais das experiências e explorar sentidos compartilhados.

Uma contribuição central deste livro é mostrar que essa técnica, originária da antropologia, pode trazer contribuições importantes para o campo da Psicologia Social de base construcionista. Não apenas Mônica apresenta elementos teóricos para isso, como exemplifica o fazer, situando histórica, cultural e subjetivamente sua própria produção científica. Novamente, a implicação da pesquisadora aqui não é um problema a ser evitado, mas uma dimensão inescapável da produção do conhecimento, com a qual se lida explicitando a posição social da cientista e das demais autoras, todas mulheres pertencentes a grupos sociais privilegiados no Brasil. Neste ponto, vale a pena uma reflexão sobre como narrativas de adoecimentos que combinam arte, ciência e saber experiencial nos colocam em contato com dimensões subjetivas dessas experiências que, pelo menos em alguma medida, extrapolam as barreiras criadas pelas desigualdades sociais. Há algo de humanizador em acessar relatos da intimidade do adoecimento e do cuidado. Essa dimensão subjetiva, embora não possa ser universalizada em uma perspectiva construcionista, remete a sentidos que são coletivamente compartilhados e que tocam temas tão fundamentais da existência humana quanto a vida e a morte. Nenhum privilégio nos livra da inevitabilidade de lidarmos com nossa própria finitude, embora, nunca é demais dizer, nos permita justamente usufruir de direitos que nos protegem das ameaças evitáveis.

Passemos, enfim, à dimensão dos encontros entre pessoas que este livro evoca, particularmente entre mulheres que tiveram câncer de mama. Convidadas por Mônica, outras cinco de nós contribuímos em diferentes partes do livro (capítulos, posfácio e prefácio). Isso me

parece exemplificar bem como, embora o câncer apareça como um desencontro na vida de tantas de nós, os caminhos que traçamos ao lidar com ele podem nos levar a encontros auspiciosos. Foi o caso de meu encontro com Mônica. Psicólogas, pesquisadoras e acometidas pela doença, ambas nos vimos, em espaço e tempo completamente distintos, interpeladas a exprimir e interpretar nossas experiências. Eu não conhecia Mônica antes do seu diagnóstico nem nos conhecemos durante o tratamento, como aconteceu com outras autoras deste livro. Nosso encontro foi *a posteriori* e aconteceu por vias científicas e literárias, cuidadosamente cruzadas por um fio de amizade em comum. Alguns anos antes do nosso encontro, eu escrevi uma *graphic novel* autoetnográfica baseada na minha experiência com o câncer de mama, iniciada em 2017, quando vivia na França. Quando o livro foi lançado, Mônica estava no processo de escrita de sua própria autoetnografia sobre o tema – era 2022, em Salvador. E foi aí que Luís Augusto Vasconcelos, também psicólogo, pesquisador e amigo em comum de nós duas, teceu delicadamente o fio desse encontro, que deu origem ao convite para escrever este prefácio, que aceitei com muita honra.

Olhar para a trama de encontros preciosos que teceu este livro me faz ter certeza de que ele terá uma trajetória auspiciosa. De onde vejo, ele poderá ser bússola para quem quer aprender sobre as relações entre subjetividade, adoecimento e cuidado; inspiração para cientistas dispostas a ousadias metodológicas que renovem o olhar sobre essas relações; e acolhida para mulheres no processo de construção de sentidos para suas experiências com o câncer de mama. Agora que ele está no mundo, seu encontro com outros olhares desvelará suas infinitas outras potencialidades.

Dulce Aurélia de Souza Ferraz
Brasília, 5 de setembro de 2023

PARTE I

Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu

Mônica Lima (Molije)

Meu ser habita os desenhos. Nos desenhos, mais do que em cores e formas, derramei-me e escorreguei em sentidos, emoções e descobertas, que só ter um tumor pode despertar. Eles compõem agulhas de marear: bússolas.

Um dia antes da primeira sessão de radioterapia, sentada na minha escrivaninha, peguei duas folhas de papel A4 e dividi cada folha em oito partes. Por que fiz isso? Não sei dizer – e não vou buscar motivos racionais em dezembro de 2020. Decidi naquele instante que iria desenhar algo que me viesse à cabeça toda vez que eu terminasse uma sessão de radioterapia (Figura 1).

Figura 1 – Oito primeiras sessões de radioterapia (2 dez. 2020)

Fonte: elaborada por Molije.

Assim comecei a desenhar – traços infantis, imagens que fazia quando era menina, algumas mais recentes, frutos dos encontros psicoterapêuticos, algumas imagens que via ou lembrava (Figura 1) quando voltava para casa de Uber, sempre acompanhada por uma das minhas irmãs. Essa repentina iniciativa de desenhar me deu um acalento incrível e eu tinha alívio em ver aqueles quadrinhos sendo preenchidos, as cores derramando minhas emoções, medos, sensações, descobertas, pavor. Às vezes, guardava o quadradinho de sexta-feira para sábado, quando já me encontrava sozinha em casa. Um pequeno prazer desfrutado na solidão de um lugar seguro. Tive muitas mulheres ao meu redor, cuidando de mim depois da cirurgia, e agradeço a cada uma delas. No entanto, o meu romance com a solidão se interrompeu intensamente e me custou muito abrir mão dele. Sob a garantia de não estar sozinha, as vezes em que estive em casa fisicamente sozinha, durante meu tratamento, era uma sensação de estar em lugar bem conhecido e dominado subjetivamente.

Como colei os referidos papéis atrás da porta do meu quarto, eu desenhava em pé, com lápis de cera, do tipo primitivo. Não era possível fazer nada de detalhes e tudo saiu muito colorido – eu sentia a necessidade de usar todas as cores disponíveis. Propositadamente, preenchi os quadrinhos de forma aleatória, começando com um sol (Figura 1) e terminei com as asas[1], tendo o amarelo como cor predominante. Sou encantada pelas variações do amarelo Vincent Van Gogh: ele aquece não só os olhos – mas também a alma.

Fiz apenas quatro imagens em 2020, além de preencher meus quadradinhos. As duas seguintes são desengonçadas, feitas pela agonia que sentia, justamente por isso fundamentais de serem relembradas (Figuras 2 e 3). Em um dos auges da descoberta do meu corpo, como um corpo em transformação pela medicina alopática, quando buscava reconhecer os novos traços e formas que se compunham, no pós-operatório, nos meus seios, tive granulomas[2] na mama esquerda. Pude optar por uma cirurgia conservadora de simetria, o que significa que operei também a mama esquerda para equilibrar esteticamente com a direita, que tinha o carcinoma – cirurgia realizada em 8 de outubro de 2020.

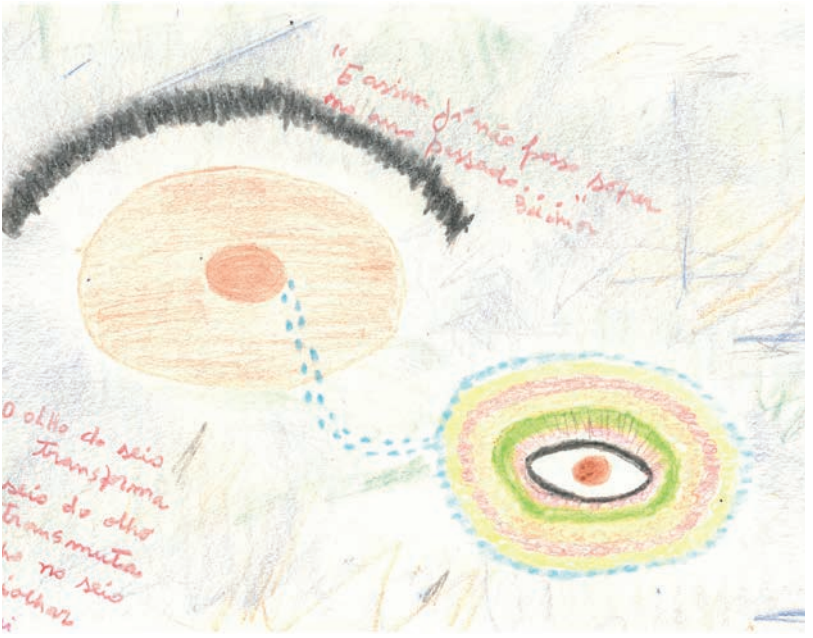
Meu organismo, dois meses depois da cirurgia, com tudo cicatrizado, tentava eliminar fios cirúrgicos insolúveis (não absorvíveis pelo organismo), e assim o fez, trazendo-me uma agonia enorme (Figuras 2 e 3). Já havia passado por muita angústia nos últimos meses, mas senti o verso de "Pode ser a gota d'água". Naquele líquido que me trazia fora o dentro de que nunca me dei conta, jorrando pelo meu seio, sob meus olhos úmidos e estupefatos. Embora seja algo muito comum e que pode acontecer a qualquer momento, o que significa que pode voltar

[1] Figura complementar, título "8 últimas sessões de radioterapia: cada dia com sua agonia", disponível em: @monicamolije.

[2] Granuloma, um dos mais comuns que ocorre após uma cirurgia e na realidade é a tentativa de eliminação de um corpo estranho (um ponto, por exemplo) pelo organismo.

a ocorrer, caiu como um trovão para o meu corpo já transformado. Então, fiz a Figura 2 e escrevi três ou quatro coisas sobre o que sentia:

Figura 2 – De olho no seio (dez. 2020)



Fonte: elaborada por Molije.

Na imagem, as cores são pálidas. Expresso toda a fragilidade do meu mundo, o pavor que senti quando jorrou pelo meu seio esquerdo seroma[3], um dos tipos de "líquido lembradiço", como narrado na escrevência de "A noite não adormece nos olhos das mulheres", de Conceição Evaristo, como uma lágrima que pode sair de qualquer uma de nós, mulheres. Mas sai igual para todas? O que aguça os nossos

[3] O seroma é uma complicação que pode surgir após qualquer cirurgia, sendo caracterizada pelo acúmulo de líquido abaixo da pele, próximo à cicatriz cirúrgica. Esse acúmulo de líquido é mais comum após cirurgias em que houve corte e manipulação da pele e do tecido gorduroso.

sofrimentos e enfrentamentos no mundo? Uma das coisas que escrevi enquanto eu fazia essa Figura 2, transcrevo a seguir:

O olho do seio transforma
O seio do olho transmuta
De olho no seio
Sei olhar o seio do olho
Seiolhar
Enquanto olho pelo seio do olho

Sobreolho é sobrancelha
Enfeita o olho em seio
Olho na curva do seio
Olho no seio da curva
Seiolhar a curva do seio

Choro pelo seio do olho
Choro pelo seio
Crio pelo seio do olho
O novo seio
Seiolhar o meu novo

A curva do olho é seio
O seio é mama
A mama é curva
Estou de olho na mama
Sou o sobreolho dos meus novos seios

(Molije, 2020a).

Brinquei com as palavras, seios, curvas, olho, sobreolho, porque não brincava com os meus sentimentos. Sentia uma ameaça fantasiosa de que todos os pontos poderiam abrir e o que era apenas uma linha tênue de uma cirurgia feita com muito esmero pudesse se transformar em algo aberto e doloroso. As cicatrizes abertas do meu corpo mexido. Logo depois, eu fiz a figura com o título "Sensações disformes"[4]. Além de sentir a angústia de ver e saber sobre secreções que

4 Disponível em: @monicamolije.

o corpo produz para se recuperar, porque sente a presença de algo estranho e reage a ele, eu comecei a pensar nas modificações gerais que sofreria com os tratamentos preventivos complementares (radioterapia e medicamentos, no meu caso, porque há muitos outros). A figura veio disso, da capacidade de imaginar como seria antecipar quimicamente o climatério, inibir a produção de estrógeno, por uso de tamoxifeno. Eu fiz 30 anos pela segunda vez ou 50 anos pela primeira vez, em 2020, eu nasci em 1970. O que significa que o climatério estava naturalmente no horizonte bem próximo, mas tive que pensar/sentir tudo isso entre radioterapia e granulomas.

Eu já estava sentido a mudança, meu corpo estava trabalhando rápido para levar a cabo essa importante ação. Há muito tempo não prestava tanta atenção no meu corpo. Essa atenção exacerbada me causou um enorme sofrimento e busquei ativamente aprender com ele. Lidei conscientemente com a sensação de que nada podia controlar em relação aos efeitos que o tempo causa, muito menos com os tratamentos alopáticos. Meses depois um homeopata me disse, durante uma consulta: "seu DNA mudou, Mônica", "e tudo ao meu redor", pensei.

Eu já havia sofrido com a necessidade de fazer punção pós-cirúrgica – às vezes produzimos uns líquidos que vão se avolumando nos seios operados e o organismo não os absorve na mesma velocidade da produção. Por isso, usei durante mais de três meses sutiã de cirurgia plástica para auxiliar na recuperação e, concomitantemente, fiz fisioterapia mamária oncológica. Aprendi que produzimos seroma, um líquido meio amarelado que, em quantidade e acumulado, dói insuportavelmente, embora não seja pus (não é uma infecção). Fiz a punção uns 20 dias depois da cirurgia e saí da clínica direto para a fisioterapia – nem sabia que existia fisioterapia mamária, muito menos oncológica. Mas eu era a cara da derrota naquela noite e fui recebida para uma consulta de uma hora e meia que me deu muito alívio.

Sobre o lento processo de consciência da produção involuntária de seroma, porque me sentia culpada por mexer na mama que não tinha tumor para equilibrar em relação à outra que retiraria um quadrante, escrevi o seguinte:

> Pode ter seroma
> Pode não ter
> Pode absorver seroma
> Pode não absorver
> Pode absorver você por ter
> Pode liberar você por deixar de reter
> Pode absorver quando você se absolver
>
> (Molije, 2020b).

Eu não sucumbi ao ditame reducionista da cura como restrita à retirada do tumor e possíveis consequências estéticas como algo secundário, que não é preciso se preocupar ou se deve aceitar. Eu optei reflexivamente pela cirurgia de simetria. As opções apresentadas pela minha cirurgiã incluíam operar apenas a mama com o tumor ou as duas, as duas na mesma cirurgia ou fazer depois a mama esquerda quando eu quisesse e se quisesse. De onde vinha a culpa da decisão de não sucumbir ao ditame reducionista da cura (retirada do tumor). Poderia vir pautada na garantia de uma melhor *performance* estética com a adoção da cirurgia de simetria? De onde ela vinha eu não sei precisar, mas ela veio com tudo e apesar de todos os meus esforços pessoais, profissionais e místicos durante o processo decisório. Ela desceu via seroma e me abateu.

A duras penas entendi que tinha que me absolver do seroma, do granuloma e de uma série de sensações, crenças e verdades das produções do meu corpo em transformação, que eu não tinha controle algum e que não tinha culpa sobre os acontecimentos. Tinha de passar da culpa para a implicação pessoal pelo meu estar no mundo. Embora visivelmente o que me tocava eram as secreções, as minhas imagens

anunciaram o lidar com feminino de modo mais amplo. Tudo parecia tão centrado nos seios, mas mergulho em uma profusão de tons amarelados ao redor dos ovários, das trompas, do útero (Figura 3), dizendo para mim mesma: "há muito mais coisa acontecendo por aqui e que você não vê, mas precisa se inteirar". Comecei a usar um medicamento[5] em 1º de dezembro de 2020, em meio ao tratamento de radioterapia, um dia depois da primeira sessão. Então, o que viria a acontecer em dois anos ou mais em relação ao climatério/menopausa começou a acontecer naquele exato momento. Esses sentimentos estão expressos em "Lidando com o feminino" (Figura 3).

Figura 3 – Lidando com o feminino (dez. 2020)

Fonte: elaborada por Molije.

A produção de imagens me ajudou muito no processo psicoterapêutico, que eu já havia iniciado desde o início do ano de 2020.

[5] Usado principalmente para tratar câncer de mama positivo para receptor hormonal (câncer de mama que se beneficia com a presença de receptores de estrogênio).

Após mais de 15 anos de psicanálise, resolvi buscar uma escuta que levasse em conta diretamente o corpo. Entre compreensões de sonhos, respirações, possibilidade orientada de entendimento corporal das emoções, comecei a desenhar até três imagens por dia. Eu que nem sabia que podia desenhar, sentia-me estranhamente atraída pelos lápis coloridos e papéis A4, em algumas semanas substituídos por papéis mais apropriados para desenho e lapiseiras específicas. A primeira vez que saí para algum lugar que não um consultório biomédico, durante a pandemia e o enfrentamento do câncer de mama, fui a uma papelaria. Tinha tamanha necessidade de adquirir algo mais compatível com a minha proposta de desenhar que saí de uma consulta e fui comprá-los quando tive o segundo granuloma aberto pela cirurgiã, a expulsão manual de todo o seroma e a prescrição de curativo diário. O que eu mesma poderia fazer, era a prescrição.

Eu não sabia que podia desenhar, isso também não significa que eu sei – não tenho pretensão de ser artista plástica –, significa que eu posso. Eu pude desenhar, mas não podia mais fazer meus próprios curativos por mais simples que a tarefa se mostrasse. Era um tormento, eu escorregava a cada curativo, a cada ação, eu derramava cores como lágrimas para me recuperar a cada procedimento. As vezes em que eu mesma fiz, tinha lâmpada de cromoterapia e essência, música típica de sessões de reiki e a necessidade imperiosa de que tudo estivesse extremamente limpo, higienizado, asséptico. A simples dúvida de não haver garantia desses adjetivos no ambiente me causava escorregões obsessivos, deslizamentos de conduta, que vinham em forma de perguntas insidiosas: o material está esterilizado? Coloquei em local apropriado? Drenei o suficiente? Coloquei muita pomada? Coloquei pouca? Limpei? Sequei?...

Tudo isso não parou até eu contratar uma enfermeira e começar a tomar um psicotrópico para me levantar dos piores escorregões do

processo. Tomar um antidepressivo/ansiolítico não era exatamente uma novidade para mim – já havia tomado há 20 anos, quando quase me quebrei por amor. Não pude tomar o que já conhecia porque ele tem interação medicamentosa com o bloqueador de estrógeno que devo tomar por cinco anos. Aliás, é assim: tudo que me prescrevem eu tenho que dizer: "tomo tal medicamento, há interação medicamentosa com esse de uso contínuo?" Sempre recorro à minha oncologista para ter segurança se posso tomar algo. Uma rotina totalmente nova para mim. Tomei um antidepressivo com efeitos ansiolíticos de outra classe. Uma experiência diferente da primeira. Ajudou-me muito e não me arrependo de ter topado fazer esse tratamento, porque eu não tinha condições de seguir com tantos sintomas obsessivos em torno do cuidado da mama que os granulomas geraram e que escancarou outras tantas feridas narcísicas adormecidas.

Em algum momento do meu processo – antes, durante ou depois do início do psicotrópico, não sei precisar –, mudei minha percepção sobre dormir. Sempre achei um desperdício dormir, como se eu perdesse algo enquanto meu corpo descansava. Que noção de tempo e bem-estar eu tinha. Me dou conta que isso é o cúmulo do pragmatismo. Surpreendi-me quando escrevi isso que aprendi a duras penas:

> antes eu tinha intranquilidade
> Quando o dia estava para findar
> Agora eu espero ele terminar
> Sabendo que algo começa
> Neste momento escuro
> Que me leva a um estado translúcido
> Deito e aguardo esta chegada
>
> (Molije, 2021).

Passei por uma situação comum no campo da saúde mental, que é tratada como mito. Comecei a tomar o medicamento. Na primeira semana, senti mal-estar gástrico, um pouco de dor de cabeça, salivação

e me adaptei rapidamente. Por questões circunstanciais, uma pessoa próxima tinha em casa o mesmo medicamento que a oncologista havia prescrito. Comecei imediatamente com ele. A marca era distribuída no Sistema Único de Saúde (SUS) e de lá vinha e veio durante nove meses, aproximando-me do SUS nesse único ponto do meu tratamento. Uns dias depois fui à farmácia e comprei duas caixas do mesmo medicamento. Comecei a passar mal, enjoar, vomitar e não compreendia por que isso estava acontecendo, um tormento. Comecei a tomar o psicotrópico concomitantemente ao medicamento de bloqueio hormonal, então não tinha clareza exatamente se eram eles, qual deles me fazia mal ou se era outra coisa.

Foi tão intenso o que eu sentia, que eu não conseguia sequer desenhar. Claro que cogitamos eu estar com covid-19 e fui acompanhada por teleatendimento. Além disso, a essa altura já tinham me medido com uma ampola de ferro: estava anêmica há anos, sem ferrite de reserva. Rigidamente, lidando com a minha anemia – que sabia que havia após cada menstruação denunciar – com o aumento de uma alimentação rica em ferro. Ouvi da hematologista, que foi indicada pela oncologista: "você pode tomar três comprimidos 1g de ferro/dia e não vai adiantar, o índice de saturação está baixíssimo há anos, pelo valor expresso no exame". Tive que ser flexível. Tive alergia à aplicação venosa e hipotetizamos se meus sintomas seriam por conta disso.

Liguei para minha psicóloga e disse: "estou desabando!". Mandei o desenho do ponto em que estava. Ela me ligou e foi uma sessão forte e fundamental. Antes de falar com a psicóloga, mandei uma mensagem tímida demais para uma pessoa muito querida e que me conhece como a palma da sua própria mão. Ela não alcançou meu desespero porque, embora eu estivesse pedindo ajuda, pedia de uma maneira tão dissimulada, opaca e envergonhada que o nosso nível de intimidade camuflou o pedido. Não poderia ser eu a pessoa que mandava uma mensagem de WhatsApp daquelas e que poderia sugerir

que eu precisava dela ali, naquele instante. Eu nunca fiz isso e quando fiz, fiz de um modo inteligível. Eu não sabia pedir ajuda pessoal, era inabilidade minha. Durante a noite desse mesmo dia tive um sonho, um sonho tão nítido como em *Com amor, Van Gogh*, o primeiro filme do mundo totalmente pintado à mão, inúmeras mãos. Eu ia caminhando e desenhando, contando uma história, a minha própria história, traços, linhas, círculos, cores que se movimentavam, dançavam, coloridos, deslumbrantes. Em meio a essa onda onírica e prazerosa, eu disse: "só o psicotrópico é capaz de provocar isso". Só aí me dei conta de que a troca de laboratório do psicotrópico era o vilão. Voltei ao anterior e passou.

Comecei a imagem que trouxe os efeitos das sensações internas que começaram a se expressar entre vivências e desenhos. As mudanças hormonais, mais do que físicas – afinal, a cirurgia foi perfeita dos pontos de vista curativo e estético –, fizeram-me questionar a beleza dos meus 50 anos, no autorretrato "Eu sou uma árvore bonita"[6]. Naquele momento, minha jovem sobrinha me associou à personagem Noiva cadáver. A sinceridade infantil dela me deu espelho: muito magra, cabelos presos em coque, olheiras e, claro, introspecção e tristeza. Só recentemente vi um trecho do filme com essa personagem, e não era como eu pensei na época: ela está morta, mas nem é feia nem está sozinha. Essa imagem também reflete um dos tratamentos que me dispus a fazer logo quando soube a gravidade do diagnóstico.

Procurei um médico naturalista já conhecido quando, há 10 anos, submeti-me, por outros motivos, a esse tipo de tratamento, e iniciei um processo de desintoxicação e fortalecimento da imunidade geral com alimentação controlada e ingestão de sais minerais. Em um mês, comecei a ser uma mulher alaranjada, cheia de betacaroteno, decorrente

[6] Escutando a música de Luedji Luna e sua versão do feminismo negro, que faz uma menção ao clássico de Edson Gomes "Árvore", do álbum *Campo de batalha*. A imagem está disponível em: @monicamolije.

de três doses diárias de um preparado com folhas frescas e cenoura. Determinada, fiz esse tratamento por cinco meses, perdi oito quilos, o que gerou muita preocupação no corpo médico alopático. Preciso contar que a equipe de médicas que me cuidou considerou toda a minha trajetória semivegetariana (antes do câncer, ainda incluía pescados e mariscos) que o naturalismo exacerbou com a total retirada de proteínas animais e a inclusão de homeopatia. Mas houve o momento desse desfiladeiro, em que a prescrição geral era de voltar a comer proteína (animal!). Até da psiquiatra eu ouvi isso.

Quando comecei a desenhar, em dezembro de 2020, fui pregando todas as imagens, na sequência da elaboração, nas portas do meu quarto, no guarda-roupa, para poder olhar o que meu insconsciente transmitia com tanta intensidade e cores, sugestão da minha psicóloga, que me disse: "contemple seus desenhos". Logo não havia mais espaço para tantas imagens. Como eu disse, houve dias em que eu desenhava três imagens.

Há uma sequência de desenhos de órgãos humanos – que não apresento aqui por economia de espaço – que eu ia desenhando separadamente, como se fosse me dando conta deles aos poucos, das vísceras, do interno, abusando das cores básicas e intensas. O amarelo no fundo me remetia à energia, luz e transformação. Em pouco tempo já podia juntar esses órgãos humanos que me vinham separados (Figura 4), como se eu, aos poucos, fosse dando forma a um corpo integrado e inteiro. Minha estrutura longilínea, ossuda, vai descobrindo mamas, intestinos, pulmões, útero, trompas e ovários. Meu apaixonamento por ossos camuflava em mim mesma os órgãos e as vísceras. Mas a presença de cabeças enormes e coloridas ainda anunciava a marca constante desse período de difícil aceitação de mudanças rápidas e apelos de síntese.

Figura 4 – Ser múltipla não é ter três corpos (20 jan. 2021)

Fonte: elaborada por Molije.

Essa experiência em meio à pandemia de covid-19, que exigia aconchego, abraço e tranquilidade, só não foi mais dura porque eu havia buscado desde o início de 2020 um apoio psicoterapêutico corporal: já fazia pilates, conheci a meditação e estava conectada à natureza mística dos(as) orixás. Sincronicidade, pois não acho que se trata de uma mera coincidência eu justamente buscar essa modalidade psicoterapêutica, que já estava me auxiliando a fazer um acompanhamento menos aderido à racionalidade, na produção eminentemente discursiva verbal, naquele ano. Tudo isso no ano em que a Terra parou, quando meu mundo virou, em 2020. Quando ficar em casa, para quem podia, como eu, foi uma obrigação civil. Eu tive que ir junto com o corpo, vasculhar a casa, dormir com as aranhas, acompanhar as formigas, cumprimentar a lagartixa, até chegar ao ponto de desejar ter um gato. Preto Pires, o gatinho, ficou comigo em uma única noite de

tormento. Com esse novo tipo de escuta, desde o início de 2020, já havia me acostumado com uma *performance*, a *performance* do sonho, das imagens, da respiração, da pulsação, mais que isso, senti no corpo as sensações inconscientes; não interpretá-las, e sim senti-las.

Esse convite foi aceito pelo meu estado de transformação do corpo inteiro, prática da minha psicóloga Adriana Ferreira (2014), pelo meu inconsciente, muito antes de eu me dar conta, arando a terra íntima, ele me preparando para lidar com o câncer. Contar com ele tem sido uma forma não menos dolorosa de aceitar o sofrimento das transformações, mas muito promissora de crescimento vital. A Figura 5, quando expressei isso, eu só desenhei em abril de 2021.

Figura 5 – "Humanidade somática": sonho, corpo e mudanças (4 abr. 2021)

Fonte: elaborada por Molije.

Ela é minha expressão de um dos sonhos que tive como anúncio de que algo não estava bem em mim, em julho de 2020, um sonho eminentemente preparatório. A Figura 5 eu decidi fazer, lembrei mais

uma vez do sonho e pensei: "qual será o sentimento que tenho dele agora?" Sonhei com os pulmões boiando em um lago de um jardim doméstico. De um dos pulmões saía uma flor, que eu questionava oniricamente: "como uma flor sai do pulmão? É lindo, mas pode ser um câncer!" Inicialmente eu pensei, mas o câncer que tive foi de mama, o que isso tem a ver com os pulmões? Eu vivia intensamente uma pandemia que atacava os pulmões, quando só se falava nesse órgão comprometido pela covid-19. Eu vivi isso, como muitas pessoas, tão intensamente que não me surpreendo de tê-lo colocado em um sonho de caráter "preparatório". É evidente que só me dei conta do sonho quando peguei o diagnóstico de carcinoma invasivo. Fui direto ao sonho. Tenho, inclusive, precisado muito dos meus sonhos para lidar com a ansiedade e projetar a cura de todo esse processo. Nunca tive tanta consciência de que tenho pulmões.

Eu descobri os pulmões e sua importância para o controle emocional com meditação guiada e reike a distância. Todas as 16 vezes que desci a rampa do hospital para entrar em uma salinha, retirar o sutiã cirúrgico, colocar a vestimenta hospitalar, entrar na sala de procedimento, deixar-me ajeitar pelos(as) técnicos(as) de enfermagem, ser lembrada de que eu deveria ficar imóvel, que nem a respiração deveria ser intensa, para me submeter às sessões de radioterapia, eu iniciei o mantra da meditação de cura: eu sou forte, eu sou saudável, eu estou curando[7]. Entre a presença energética de orixás e esse mantra concluímos, em 29 de dezembro de 2020, as sessões. Meu presente de Ano Novo. Acabou? Não foi bem assim. Entro em 2021 exausta e o pior ainda estava por vir.

[7] Mantra de Camila Zen, de livre acesso, disponível em: https://m.youtube.com/results?sp=mAEA&search_query=camila+.

Figura 6 – Mamotomia: o início do padecimento (20 abr. 2021)

Fonte: elaborada por Molije.

Mas é possível observar que as cabeças nas imagens ainda são muito grandes e a racionalidade só aos poucos vai dando espaço a outros sentidos em imagens posteriores, que expressam os benefícios da meditação, do respirar e sentir para alguém tão pragmática como eu. O câncer, para mim, foi lidar com a dependência, com aprender a pedir e aceitar ajuda, foi confiar, foi perder definitivamente a ilusão de poder controlar a vida, foi aceitar que amar é mais do que um direito, é uma verdade. Para algumas pessoas, isso poder ser muito fácil. Para mim, sempre custou muito.

No momento em que eu peguei o resultado da mamotomia[8], em 28 de agosto de 2020, às 18 horas da noite, e li o laudo dentro do carro de uma amiga que foi comigo, eu só vi: "carcinoma ductal invasor da mama". Tudo se reduziu a um tímido e quase silencioso: "me fudi". Algumas horas depois, já em casa, deitada olhando para o teto, lembro-me do sonho que tive com os pulmões e uma flor boiando no jardim. Não chorei e, pasmo ao lembrar, apenas dormi. Somente em 25 de janeiro de 2021, consegui expressar o que me passou pela cabeça nos primeiros momentos da confirmação diagnóstica. Mas antes de seguir esse caminho da confirmação da hipótese diagnóstica, quero descrever algo que me custou muito colocar ainda em imagem. Só me veio em 20 de abril de 2021, oito meses depois de ter realizado a mamotomia (Figura 6).

Fiz a mamotomia em 24 de agosto de 2020, pela manhã. Fui sozinha por causa das restrições da pandemia da covid-19? Neste caso, ainda não. Fui sozinha porque, em geral, fazemos isso sozinhas, não achamos que pode ser complexo. Na verdade não há restrições, porque a anestesia é local, ficamos conscientes durante todo o procedimento. Trata-se de deitar em uma cama dura em decúbito ventral

[8] A mamotomia, ou biópsia percutânea assistida a vácuo, é um tipo de biópsia ambulatorial realizada com anestesia local, sem pontos ou necessidade de internação, que tem como objetivo diagnosticar alterações observadas em um exame de imagem das mamas.

(acontece quando o corpo está deitado em uma superfície, mas com a face e a região do abdômen voltadas para baixo) com a mama investigada disponível por uma pequena abertura da cama para levar três furadas anestésicas, ser comprimida com um aparelho, enquanto uma agulha entra no local onde está o tumor e retira micropedaços. Cada pedaço coletado soa um gatilho, *track*, *track*, *track*. Esse é o exame para saber se um tumor é maligno ou benigno, um tipo de biopsia. Esse exame me deixou não só com um hematoma de 4 cm na mama; mais que isso: fez eu me sentir doente a partir dessa experiência que, para mim, foi apavorante.

Figura 7 – Diagnóstico acompanhado de Capricórnio (25 jan. 2021)

Fonte: elaborada por Molije.

Até aquele momento, eu andava apenas no mundo da homeopatia e, quando a anestesia passou, tomei um medicamento homeopático para a dor. Saí do consultório, fui muito bem tratada, não se enganem. Entrei no meu carro e desabei, ali sozinha, pensando que merda é esta que está para me acometer. Talvez eu tenha chorando

nesse momento o que não chorei quando li o diagnóstico confirmado. Como se eu intuísse a não morte. Não pensei em morrer, pensei mesmo foi no padecimento que ter câncer me causaria. A Figura 7, "Diagnóstico acompanhada de Capricórnio", a seguir, apresenta os vários tratamentos que eu, *a priori*, conhecia e que me vieram à mente quando peguei o resultado dessa primeira biópsia.

A Figura 7, que desenhei para expressar algo sobre o momento de confirmação diagnóstica, foi a mais custosa de começar e terminar. Eu não sentia, eu pensava. Tentei transmitir o que senti quando pensei nas possibilidades de tratamentos disponíveis. Foram, principalmente, as formas de tratamento, porque eu já sabia que era um problema inicial, detectado por exames de rotina, ou seja, eu não busquei assistência médica por sentir algo, fui fazer os exames preventivos típicos indicados para mulheres, o comumente conhecido como "preventivo".

Ir fazer justamente esse "preventivo" no meio da pandemia de covid-19 não foi como sempre havia sido em minha carreira de mulher com acesso adequado ao sistema de saúde e com consciência sanitária. Março de 2020 era o mês em que eu deveria ter voltado para fazer o preventivo, pois fazia um ano desde o último, mas eu nem cogitei. Afinal, sem histórico de câncer de mama ou outro que remetesse ao "feminino" na família e cumprindo o calendário preventivo religiosamente, não me preocupei com isso. Eu fui porque minha cartomante disse, em junho desse mesmo ano: "você precisa ver sua mama, não sei se é a direita ou a esquerda". As cartas estão na mesa e ela olha para cima, para trás, para frente, em conversas secretas que transmitem recados, conselhos, aponta perigos, apresenta caminhos. É mágico, é sobrenatural. Ela me disse: "não é um conselho, você me promete que vai?" Como saber se era a direita ou a esquerda? Se ambas me trouxeram sofrimento de ordem diferente, mas complementares? Eu marquei a consulta na mesma semana. Embora eu tenha ido

religiosamente durante os anos de mulher responsável e com acesso à ginecologista, naquele ano eu nem me lembrava, eu só via covid-19, pulmões, saúde mental, meu compromisso com a universidade, com o SUS e com a vida de todas as pessoas. Sentia-me tão privilegiada de estar em casa enquanto tanta gente padecia e morria que não me ocorreu que eu pudesse descobrir um tumor naquele ano.

A mamografia digital, indicada para se fazer anual e regularmente, depois dos 45 anos, sinalizou a imagem radiológica suspeitosa de 1 cm, algo interpretado como inicial pela equipe que já estava me acompanhando. E a cura estava entre elas, mas o receio de ter que fazer quimioterapia sempre esteve presente como uma ameaça constante. A radioterapia já estava em mente, mas ela é de menor impacto público, ou seja, nem todas nós sabemos do que se trata e como os vestígios colaterais podem ser encobertos, assim não causa maior impacto. Mas ela faz sofrer, durante e depois. No caso da quimioterapia, a perda dos cabelos é visível e extremamente associada com o câncer e o tratamento. O temor de ter que realizar esse tratamento só foi aplacado quando fiz o teste chamado "Oncotype"[9].

A figura, intitulada "Pós-operatório: meu mundo de cabeça para baixo"[10], esteticamente é muito similar à Figura 7. Fiz as duas com uma diferença de apenas três dias. As cabeças-árvores coloridas com corpos que se diferenciam pelos signos do Zodíaco expressam que não estive sozinha, que havia muitas pessoas, majoritariamente mulheres, ao meu redor me cuidando. Eu estive totalmente de cabeça para baixo depois da cirurgia, ao fazer as sessões de radioterapia, com o surgimento dos granulomas, ao precisar de curativos realizados por enfermeiras e de fisioterapia mamária oncológica. Ouvi muito Ângela Maria, que meu pai (de 92 anos atualmente) adora e colocava

[9] O Oncotype DX é um teste que oferece um diagnóstico molecular que analisa a biologia individual de um tumor maligno que se desenvolve na mama examinando a atividade de 21 genes no tecido tumoral.

[10] Disponível em: @monicamolije.

na sua seleção matutina de domingo, quando eu era muito pequena, antes do famigerado *Domingo no parque* na TV, "meu mundo caiu [...] Se meu mundo caiu/eu que aprenda a levantar", naquele timbre perfeito e melancólico. Por que esse verso me vem à cabeça enquanto descrevo? Ele fez e faz parte da minha formação de que você tem que aprender a levantar em qualquer hipótese, e se for necessário, sozinha. Não estive sozinha em nenhum momento, senti-me sozinha em muitos outros, quis estar sozinha em alguns, finalmente sozinha na minha convicção de que poderia dar conta da vida, como sempre fiz.

Eu funcionei assim até entrar na cirurgia. Resolvi tudo, confirmei o diagnóstico, chamei a família e os(as) melhores amigos(as) e anunciei, avisei às colegas com as quais dividia um projeto de extensão universitária sobre saúde mental na pandemia de covid-19, os(as) discentes de graduação, as(os) orientandos(as) de iniciação científica, mestrado e doutorado, que tinha câncer e que entraria de licença médica para me tratar. Deixei todas as minhas atividades acadêmicas organizadas e contei com o apoio incondicional dos(as) colegas; nada deixou de acontecer sem a minha presença. É preciso repetir, nada deixou de acontecer sem a minha presença. Transferi as minhas responsabilidades específicas com o cuidado do meu pai para meus irmãos e minhas irmãs.

Não pude compartilhar com meu pai que tinha câncer e que faria esse tratamento durante a pandemia de covid-19, quando ainda estávamos fazendo visita de janela à sua casa. Não me orgulho disso, não defendo esse tipo de omissão de informação, nem pessoal nem profissionalmente. Mas não pude fazer diferente. Ele não sabe até hoje, e agora pode doer mais pela omissão da informação do que pela notícia póstuma, não vale a pena arriscar provocar algum tipo de sofrimento. Não chorei, não lastimei, enfrentei tudo, até entrar na cirurgia. Entrei naquele local frio e muito iluminado. Fui parabenizada porque todos os meus exames estavam na ordem sequencial necessária para o trabalho

das cirurgiãs. Ri desse comentário, senti quase alegria e rascunhei o comentário "sou professora universitária", como se isso explicasse tudo, sentada na cama gélida da sala cirúrgica. Fui apresentada à equipe, explicaram-me mais uma vez o que seria realizado. As cirurgiãs fizeram as últimas marcações e o único homem presente de uma equipe de cinco mulheres, o anestesista, apresentou-se e disse: "eu vou colocar você inicialmente para dormir". Não tenho nenhum registro após esse anúncio. No entanto, chegar até aí não foi fácil.

Nessa mesma manhã fui à clínica para retirar o clipe que me colocaram na mamotomia para marcar o local cirúrgico do tumor. Tive que passar mais um vez pelos procedimentos de estar de bruços, ter a mama comprimida por um aparelho, das anestesias locais... Uma primeira vez e logo uma segunda vez neste dia, porque o clipe não estava no local indicado, ou seja, ele se deslocou desde a mamotomia e o médico buscava a precisão necessária para colocar o contraste. Eu não sei se foi essa nova experiência ou se foi a memória da angústia e do medo que senti na mamotomia quando foi colocado o clipe que me fizeram, nesse momento, desabar novamente. Senti-me perdida, insegura e, muito pior, dependente. Dependente de toda a equipe que circulava em torno das marcações que faziam no meu corpo para abri-lo em um momento breve e inoportuno, no final daquela manhã.

Saí dali mareada, fui para mais dois procedimentos, em salas diferentes, um deles com mais agulhadas finas na mama. Fui bem tratada, explicavam-me o que estavam fazendo, não se trata de uma denúncia de maus-tratos ou algo similar. A questão é que a parada é dura, sofrida, fria. Diferente da mamotomia, fui acompanhada por duas pessoas queridas, mas há um limite para acompanhar o sofrimento de alguém, porque ele é sempre em nome próprio, no singular do particular. Mesmo quando alguém segura suas mãos e diz "você não está sozinha", é o seu corpo que padece, que geme, que contrai,

que tem medo, que desconfia, que resiste, que se entrega. Esses procedimentos pré-cirúrgicos são piores do que ter uma parte do seu corpo aberta, manipulada e algo retirado? A diferença é o quanto somos conscientes do que estão fazendo conosco e temos que confiar de olhos abertos ou fechados, no pré-cirúrgico em vigília, no cirúrgico a anestesia aplaca o tormento.

Acordei horas depois do procedimento cirúrgico, com três pessoas da minha família esperando, embora houvesse restrição de quantidade de visitas pela pandemia de covid-19. "Ela é estrangeira?", indagou a enfermeira à minha família. Ela acordou falando em espanhol: "?Donde está mi familia? ?Por que estoy hablando en castellano?" Lembro perfeitamente quando me dirigi à equipe de enfermagem, na sala do pós-operatório, que acordei falando em castelhano e que me questionava em castelhano por que não usava meu idioma natal. Efeitos anestésicos, excessivos para um corpo homeopático, que não tomava sequer aspirinas há mais de 20 anos? Há, como sempre, muitas possibilidades.

Esse tipo de cirurgia atualmente permite que fiquemos apenas 24 horas no hospital como pós-operatório, e todos assim esperavam, inclusive eu. No entanto, eu não pude sair em 24 horas, porque vomitei incansavelmente até que a cirurgiã não pôde me liberar e eu passei uma noite de agonia no soro para não desidratar e poder ser liberada. Esse foi um anúncio do que ainda estava por vir. Certa comoção por parte das pessoas que me querem muito bem, muitos telefonemas, muitas mensagens, mas 48 horas depois cheguei em minha casa com flores, cestas de frutas, cartões, mensagens de áudio e de vídeo expressando "todo amor que houver nessa vida", como diz Cazuza, que está morto, mas continua dizendo no presente. Havia contratado, para que começasse um dia antes da cirurgia, uma pessoa para cuidar da minha casa que, até então, nunca havia pensado que precisaria.

A minha casa, sempre vazia, agora estava cheia de mulheres cuidadoras e, pela primeira vez, eu não sabia sequer o que estava tomando, a hora que deveria tomar, quando teria que fazer revisão, deixei tudo para minhas cuidadoras, irmãs-amigas. Entreguei-me aos seus cuidados. Elas me ajudavam a levantar, a tomar banho, lembravam-me que eu não podia levantar os braços, mas que também não precisava andar como um robô. Inicialmente, sentia-me topada, e dizia: "estou drogada". Minha amiga falava: "quem mandou ser homeopática?", se acabando de rir, "você só está tomando 500 mg de analgésico neste momento". Não hesitei em aderir à alopatia quando recebi o diagnóstico. Sempre disse que, quando precisasse, tomaria até corticoide, como se precisar de corticoide fosse a pior coisa que poderia me acontecer na vida. Claro, perguntei ou vieram me falar sobre "tratamentos alternativos". E descobri que há hospitais homeopáticos para tratamento de câncer em algum lugar do mundo.

Eu não tinha a intenção de sair de perto das minhas pessoas para me tratar, da minha cidade, do meu estado, do meu país. Eu sequer busquei uma segunda opinião biomédica. Escolhi a cirurgiã em uma lista da ginecologista (que me acompanha há anos), que tinha me passado os exames preventivos e que foi a primeira profissional a ver e me explicar sobre o diagnóstico, como fiz com a oncologista, pois também não busquei outras. Depois de a ginecologista me falar um pouco de cada um(a) da lista, dando-me segurança e sem definir para mim um(a) deles(as), escolhi pelos sobrenomes. Sobrenomes, não por serem conhecidos ou de boa família médica, mas por serem sobrenomes de pessoas que eu amava e confiava e, claro, confirmei nos búzios e nas cartas de tarô se tinha jogo para mim com elas.

As pessoas que incorporam ou jogam búzios são sopros e ventos, a sabedoria delas é outra. Quando jogamos búzios em contextos de religião de matriz africana, lidamos com uma sabedoria particular. Desde criança ouvi a expressão: "isso é para o homem do anel". Significa que

dali só sairão banhos de folhas e oferendas para guiar profissionais de saúde, abrir caminho para a cura ou ao menos um padecimento suportável. A superioridade dessas pessoas especiais no mundo em relação àquelas que ignoram sua capacidade de discernimento sobre a dimensão espiritual do sofrimento do corpo inteiro é impressionante. Essas pessoas sabem e respeitam os limites do seu saber. Se é para o homem do anel, é para confiar na biomedicina; este é o idioma cultural que vigora. Subtrair a dimensão espiritual de alguém que padece não é ético se for fundada na ignorância do cuidado que a sabedoria das religiões de matrizes africana é capaz de gerar, por exemplo. Ouvi coisas lindas sobre as pessoas que me cuidariam, sobre suas mãos, suas capacidades energéticas e não só técnicas de cuidar. Mas o principal foi que me senti acolhida quando as conheci, senti segurança, experiência e empatia. Tive acesso a ambas por telefone e WhatsApp, e ouvi a alegria de cada uma quando receberam a análise do Oncotype.

A coisa mais importante, que já avisei a todas as pessoas em que posso confiar minha existência, é que não quero prolongar a vida com tratamentos invasivos desnecessários e que quero ser cremada. Relembrei isso para a família e amigos(as), por via das dúvidas. Cicatrização perfeita, todos os mimos que alguém pode precisar, eu me acostumando à presença das pessoas na minha casa, porque há muito tempo moro sozinha, agradecendo pela ajuda, desesperando-me muda com minha atração com a solidão. E sonhando que, em 15 dias, poderia retomar a minha rotina.

Começou a apreensão quando o resultado da biópsia da peça cirúrgica atestou que o tumor não era grau 2, como apareceu na mamotomia, e sim grau 3, de uma escala de 5. Embora tudo estive ocorrendo como esperado, alguns obstáculos começaram a preocupar: será preciso fazer quimioterapia? Já tinha certeza que iria fazer radioterapia, mas não sabia quantas sessões com precisão. A solução de evitar a quimioterapia, que inclui perder os cabelos, tornar ainda

mais visíveis as dores do "feminino", era fazer o Oncotype. Eu tinha as credenciais para fazer esse teste: tumor de 1,1 cm, inicial, grau 3, sem histórico de câncer de mama na família-núcleo e, claro, recurso financeiro. Um teste realizado fora do país, na Califórnia/EUA, não coberto sequer por plano de saúde no Brasil, no valor de 15 mil reais. Pronto, dividi em 10 vezes no cartão de crédito e tive um resultado super favorável de 95% de não recidiva e 1% de benefício para a quimioterapia. Livrei-me dela. Com o tempo, eu entendi que, ao anunciar que se teve câncer de mama, é preciso dizer logo de início: "não fiz quimioterapia". Qualquer pessoa que escuta isso muda o semblante em relação à notícia, tranquiliza-se, não sem motivo. Já tinha entendido o que era não precisar de quimioterapia pela felicidade expressa por minhas médicas quando viram o resultado do Oncotype. A oncologista me ligou com alegria para me dar o resultado.

Com a prerrogativa de não ter benefício com o tratamento quimioterápico, meu padecimento seguiu um trajeto menos doloroso, mas de muito impacto em várias dimensões da minha vida. Entre as sessões de radioterapia, que não têm cheiro, não têm gosto, é invisível, não se sente nada durante a aplicação, um tipo de padecimento mudo, que só vai sussurrando ao longo do tempo, perdura. Não tive efeitos visíveis, por exemplo, ferir a pele, torná-la seca a ponto de ter microrrachaduras, vermelhidão etc. Tive lentidão, cansaço, prostração, após cada sessão. E o ato de expressar sensações, sentimentos e emoções me salvaram a cada dia. Mas durante a primeira semana de aplicação, tive o primeiro granuloma na mama esquerda, enquanto radiava a direita. Medo de que acontecesse o mesmo na mama direita, ou seja, ter granuloma em uma mama radiada é muito mais difícil de cicatrizar, ouvi isso algumas vezes e até hoje sinto medo. Fantasia de que tudo ia abrir, que voltaria à mesa de cirurgia novamente. Eu fiz alguns desenhos quando já havia algum indício de cicatrização, ou seja, com a pequena exposição que a mama esquerda tinha em relação à radiação

aplicada na direita, este primeiro granuloma custou um pouco mais de cicatrizar em relação aos outros dois que o sucederam. Doía-me na alma, porque não tive dor, não houve uma inflamação, era a expulsão de seroma e curativo, como tratamento.

Eu não esperava por isso, mas não é tão incomum ter granulomas. A cicatriz cirúrgica estava perfeitamente fechada e algum milímetro de fio cirúrgico não conseguia sair e não era absorvido pelo meu organismo, por isso acumulou seroma ao longo da cicatriz até rompê-la; é a hipótese mais provável. No primeiro escorregão eu desmoronei, o segundo já aceitei e, no terceiro, já tive condições mínimas de cuidar com o auxílio de especialistas e não desesperar. Para que tudo pudesse caminhar, contei com um serviço especializado domiciliar de enfermagem, fiz psicoterapia, busquei uma avaliação psiquiátrica, iniciei com um tratamento antidepressivo, fiz reike a distância, meditação guiada todas as noites, oferendas aos orixás. Essa foi a etapa mais dura de todo o processo; não foi o diagnóstico nem a cirurgia, nem o pós-operatório imediato. O que me causou danos implacáveis foi a culpa que me abateu quando a cicatriz rompeu na mama que não tinha o tumor. A culpa se tornou visível em cada gota de seroma expulsa, em cada traço e cores no papel. Com ela foi também saindo a cura expressa em imagens que se avolumavam nas paredes do meu quarto, no meu classificador e no meu Instagram (@monicamolije). Suportá-la foi um processo que precisou de muitas iniciativas de cuidado amoroso, medicamentoso, psicológico, reabilitador, espiritual e corporal. Várias das imagens que fiz expressam os sentimentos, as emoções positivas e negativas em relação ao processo.

Então quando os granulomas foram cicatrizando, fiz a Figura 8, em 19 de março de 2021, "Cicatrizes" (pode ser contemplada na capa do presente livro), que talvez tenha sido o primeiro desenho no qual eu vi pessoalmente alguma beleza estética em relação aos desenhos

anteriores, que lidaram diretamente com as minhas explosões de sentimentos.

Desde muito cedo no meu tratamento, recorri à fisioterapia mamária oncológica. Nunca havia imaginado que havia essa especialidade na fisioterapia. A cirurgiã me indicou fisioterapia mamária, porque eu comecei com dores pelo acúmulo de seroma e, concomitantemente, tinha dores fortes no ombro e braço direito. A suspeita diagnóstica era que se tratava de uma capsulite adesiva (ombro congelado). Não havia posição confortável logo depois da cirurgia que aplacasse a dor, que foi se agravando. Para ter acesso ao linfonodo sentinela da axila, teria que se fazer uma incisão que, como qualquer outra, rompe faciais e pode ser consequente à posição cirúrgica de braços abertos, que é incomoda. Creio que se colhe alguns linfonodos para compor a peça cirúrgica que passará por uma biopsia mais completa. No meu caso, não havia indícios de comprometimento axilar em imagens diagnósticas em decorrência do tumor da mama – tratava-se, então, de um procedimento protocolar. Entre analgésicos e compressas frias, encontrei a fisioterapia mamária oncológica.

Como disse, iniciei o tratamento 15 dias depois da cirurgia e fui acompanhada por 16 meses, fazendo, inicialmente, duas sessões por semana e, depois, uma vez por semana. Descobrir essa especialidade me proporcionou, além de alívio físico e restabelecimento da minha capacidade de alongamento de toda a parte lateral direita com abertura completa para cima, abaixo e laterais, ter uma escuta sensível e consistente do que é ter um câncer de mama em sua diversidade. Muitas trocas com a minha fisioterapeuta. Encontrei muitas outras mulheres que estavam passado pelo mesmo que eu passei. Fiz muitas imagens sobre a fisioterapia mamária oncológica. Uma das primeiras (Figura 8) tinha a ver com as mãos da cirurgiã e, principalmente, da fisioterapeuta, porque sempre acompanhei seu tratamento em vigília. Fiz minhas mamas entre as mãos de quem me cuidava ou fiz olhos de coruja que

guiam mãos ou desenhei os meus próprios olhos assustados de aprendiz de todo um processo que se intensificava.

Figura 8 – Mãos sábias que curam

Fonte: elaborada por Molije.

Os efeitos da fisioterapia mamária oncológica e o conhecimento da sua incipiente difusão como um dos tratamentos complementares para o enfrentamento de câncer me fez desejar que todas (Figura 8) nós, que navegávamos nesse mar aberto bravo, tivéssemos acesso a esse tratamento.

Alguns procedimentos, como drenagem, aplicação de *laser* e que eu e uma amiga na mesma situação denominamos "sutiã linfático", que apresento na Figura 9, quando a fisioterapeuta fazia rotas nas mamas com um adesivo apropriado para facilitar a drenagem. Em uma dessas sessões, dei nome ao que sentia e viria a sentir em momentos relâmpagos na mama: "chunchada". Termo usado por inúmeras mulheres acompanhadas pela fisioterapeuta, quando pedia

para que elas dissessem como se sentiam. O que sentimos na mama radiada? Chunchadas. O que significa para o mundo biomédico? Muito pouco para o muito que sentimos?

Figura 9 – Sutiã linfático (6 jun. 2021)

Fonte: elaborada por Molije.

Meu tratamento radioterápico foi tranquilo do ponto de vista físico, mas aos poucos, fui me dando conta do quanto as faciais são afetadas, como sentimos a rigidez e a inflexibilidade em toda a região radiada. Durante e depois das 16 sessões, fiz muitas imagens que buscavam sínteses em relação à radioterapia e aos efeitos físicos e emocionais em mim, como a Figura 10, a seguir.

Figura 10 – Transformações velozes

Fonte: elaborada por Molije.

Feridas dos três granulomas fechadas. Ficaram as cicatrizes e mamas de 30 anos, no corpo de 50 que, por ironia do destino, eu mesma tracei lidando jocosamente com o tempo. Nasci em 1970. Ao completar 40 anos, eu decidi que contaria os novos anos decrescentemente, então comecei a voltar aos 39 anos, 38 anos... Em 2020, me coube fazer 30 anos pela segunda vez. O fabuloso caso de Molije. Voltar ao trabalho, tive 68 dias de licença médica. No dia da perícia médica,

chorei quando o perito disse: "vou te dar 68 dias inicialmente, se você precisar de mais tempo, não use suas férias". Estávamos no final do ano letivo. Eu usei, porque não queria mais sentir que pedia para não trabalhar, embora eu achasse necessário, no meu caso, mas eu sofria por estar de licença médica. Decidi, logo no início do tratamento que, depois da cirurgia, entraria de licença médica, mas no dia da consumação da perícia, senti mais uma vez a gravidade do problema de saúde que estava enfrentando. Solicitar a licença médica foi muito significativo para mim, precisava desse tempo para cuidar de mim e do que me acometia, mas também para sentir que nem o meu trabalho, por mais realizada que seja em relação à minha carreira, é mais importante do que gozar do direito de estar fora da rotina universitária e me colocar em primeiro, segundo, terceiro... lugar. Não aconselho ninguém a trabalhar, como se nada estivesse acontecendo, fazendo tratamento de câncer de mama. Foi bom me colocar como mais importante do que qualquer outra coisa.

Para seguir, faltava um tratamento que eu deveria finalizar. O desmame do antidepressivo/ansiolítico foi duro, nove meses depois. Com quatro meses de uso contínuo desse psicotrópico eu já estava bem, sem os sintomas que me fizeram iniciar. Fui aconselhada, segui o protocolo e cumpri os nove meses mínimos do tratamento. Duas vezes, em nove meses, esqueci de tomar o psicotrópico por 24 horas. Aprendi que não seria possível desistir dele na hora e como eu bem quisesse, porque esses dois episódios foram insuportáveis, até eu me dar conta de que havia esquecido de tomar na hora que devia. No meu aniversário de 29 anos pela segunda vez e em outro dia porque estava brincando de desenhar com minhas sobrinhas, estava feliz demais para obedecer ao alarme que me avisava do remédio. Vômitos, enjoos, um mal-estar digno de emergência. Pensei: "vai ser complexo esse desmame quando chegar a hora". Foi difícil e falei para quem convivia comigo que toda a irritação que eu expressava, toda a impaciência que exalava do meu ser,

mal-estar geral e pensamentos que eu não podia frear e me saíam pela boca era pela síndrome de abstinência. Segui o protocolo, um mês tomei metade da dose anterior, no segundo e último mês de descontinuação tomei a metade da dose, dia sim, dia não. Mais ou menos um mês e meio depois, meu corpo se adaptou à ausência da substância. E cantei:

> cada um com seu tamanco
> Cada um pro baile que quiser
> Toma o teu sapato branco
> Dá minha fantasia de mulher
>
> (Dois [...], 2011).

Depois disso, o que poderia fazer era seguir a vida. De volta ao trabalho. Poderá ser como antes? E é isso que eu quero, que seja como antes? Precisava de novos rumos, de uma bússola menos viciada, precisa para navegar na imprecisão da vida. Hora de lidar com todas as imagens que produzi. Decidi escrever o que se passou comigo. Elas não podem me deixar esquecer, não podem me deixam ignorar... Posso seguir desenhando.

> Gracias doy a la desgracia
> Y a la mano con puñal
> Porque me mató tan mal
> Y seguí cantando
>
> Cantando al sol
> Como la cigarra
> Después de un año
> Bajo la tierra
> Igual que sobreviviente
> Que vuelve de la guerra
>
> (Como [...], [1973]).

Eu sou uma mulher cisgênero, me chamo Mônica Lima de Jesus, em síntese Molije. Tenho 29 anos pela segunda vez, nasci em 1970, enquanto começo a escrever este pretexto. Quando fiz 40 anos, resolvi cumprir os demais anos decrescentemente, 39, 38, 37... Em 2020, fiz 30 anos pela segunda vez. Passei anos me autodeclarando "parda" (hoje, assumo uma condição ético-política de branca-mestiça[11]) e ascendi socialmente, vindo de classe popular, baixa renda, morei em regiões periféricas de Salvador... A minha família inter-racial passou das palafitas do bairro do Uruguai (Cidade Baixa) ao Rio Vermelho (Cidade Alta). Em Salvador, não sou tratada como uma mulher negra. Fenotipicamente, tenho traços finos ou não negroides, pele marrom clara (qualquer sol me bronzeia), cabelos finos e castanhos. Nasci loira e isso foi mudando mais ou menos a partir dos meus 6 anos. Aos olhos alheios, fui uma criança elogiada pela aparência, bonita e inteligente. Nas festas juninas da escola e do meu bairro, fui rainha do milho e da pipoca, quando menina.

Sou a oitava das crias, entre sete que vigaram e a primogênita, que só viveu por cinco anos. Sou a caçula. Meu pai, filho de "caboclo", como ele me contou, e uma mulher "pega", como ele relatou e não desenvolveu, parece-me nas minhas memórias com pele clara, traços indígenas. Entre membros da minha família inter-racial, menciona-se também imprecisamente uma descendência europeia. Com seus cabelos, que já conheci brancos. Uma lembrança de minha avó: penteava os cabelos longos e depois os prendia em coque e colocava uma tiara. Sobre os pais da minha mãe não sei precisar, nunca pedi a ela para descrever meu avô e minha avó fenotipicamente e não tive a oportunidade de conhecê-los pessoalmente. Isso nunca me pareceu importante, (in)felizmente?

[11] Fundamental ler o Capítulo 10 – "Quando se quebra o instituído ou acerca de ser uma pessoa branca mestiça", de Eliane Costa, neste livro.

Meus pais se diziam pardos, porque era isso que constava na certidão de nascimento de ambos e, logo, de todo o núcleo familiar. Minha mãe era de Conceição do Coité e meu pai é de Cabuçú, Semiárido Baiano e Recôncavo da Bahia, respectivamente. Eles chegaram a Salvador adultos e com pouco tempo de estudo formal. Minha mãe fez quarta/quinta série e meu pai fez supletivo do 2º grau, aos 23 anos. Meus seis irmãos e irmãs são soteropolitanos(as), todos com ensino superior: quatro fizerem mestrado, dois fizeram doutorado, cinco são professores(as). Eu tenho o tempo mais longo de escolarização formal, considerando os dois pós-doutorados. Estou em Barcelona, Espanha, no segundo pós-doutorado, enquanto finalizo esta escrita. Até os meus 30 primeiros anos de vida eu era muda, incapaz de fazer uma pergunta em público, mas uma estudante exemplar, tímida, introspectiva ou inibida? Isso teve que mudar quando comecei a lecionar, e muito rapidamente. Ao menos na sala de aula, como professora, eu era capaz de me comunicar adequadamente por minha própria boca.

Desde pequena ouço que nossa família é incrível, que somos dedicados, filhos e filhas de pais trabalhadores e responsáveis, que vencemos porque estudamos e tínhamos bons exemplos em casa, que nos destacávamos porque merecíamos e não éramos acomodados(as). Como chegamos aqui, eu e minha família? Sorte? Dedicação? Determinação? Mérito? Privilégios simbólicos e materiais que fomos performando em meio à complexidade das relações étnico-raciais de Salvador, Bahia, Brasil? Como se diz em Salvador, quando algo é muito difícil de responder ou mesmo parece óbvio, contraditoriamente: "quem souber, morre!" Em geral, depois de usar essa expressão popular, rimos em acordo tácito que passa algo que será preciso tempo para decifrar e que nem sempre é fácil de explicar. Optei por desenhar!

Fiz todo o tratamento de câncer de mama por plano de saúde privado, pago há 20 anos, que inclui a liberação mensal do remédio para bloqueio de estrógeno, que tenho que tomar por cinco anos e fisioterapia mamária oncológica. Não tive dificuldades de autorização para realização de exames e procedimentos biomédicos. Fiz um único exame privado com pagamento direto, Oncotype, sobre o qual fui informada que nenhum seguro de saúde cobria, realizado na Califórnia, Estados Unidos, e mediado por um laboratório em São Paulo, Brasil. Exceto o antidepressivo/ansiolítico, que foi fornecido pelo SUS, todos os demais tratamentos auxiliares que fiz foram por pagamento privado (consultas médicas naturalistas e psicoterapia). Fiz duas consultas psiquiátricas emergenciais por pagamento direto, e fui acompanhada por outra psiquiatra pelo plano de saúde até finalizar o uso do psicotrópico, que foi prescrito pela oncologista em um momento crucial. "Você precisa, vou prescrever, mas você precisa ir a uma psiquiatra e sem psicoterapia não funciona", ela disse para mim e para minha irmã, que me acompanhava nesse e em vários outros momentos cruciais desse processo.

Desejo que minha experiência do tratamento de câncer de mama seja útil para a compreensão das relações entre subjetividade e o processo saúde-doença-cuidado. Que aguce o interesse sobre os efeitos dos marcadores sociais (especialmente, classe social e raça) nos processos saúde-doença-cuidado. A partir dessa autonarrativa, que anuncia uma autoetnografia psicossocial por desenhos autorais da investigadora, tão meus quanto do mundo, virão outras autonarrativas e textos-rotas que servirão como agulhas de marear, bússolas auspiciosas, sobre a complexidade das nossas vivências subjetivas em situações concretas no campo da saúde e que não se resumem jamais a ele.

Referências

COMO la cigarra. Intérprete: María Elena Walsh. Compositora: María Elena Walsh. [*S. l.*, 1973].

DOIS em um. Intérprete: Marcelo Camelo. Compositor: Marcelo Camelo. [*S. l.*, 2011].

FERREIRA, A. de S. A via imagética e onírica na construção de um corpo inteiro. 2014. Tese (Doutorado em Multimeios) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/937411. Acesso em: 15 jun. 2021.

MOLIJE. *Culpa*. [*S. l.*: *s. n.*], 2020b. Manuscrito.

MOLIJE. *Seios*. [*S. l.*: *s. n.*], 2020a. Manuscrito.

MOLIJE. *Sono*. [*S. l.*: *s. n.*], 2021. Manuscrito.

Ressignificações musicais no processo saúde-doença

Maria Lúcia Vaz Masson (Malu)

Quando Molije me convidou para escrever um capítulo do seu livro, fiquei lisonjeada em fazer parte deste lindo e corajoso projeto. Mas ao mesmo tempo, com medo de não dar conta da tarefa. Havia recebido anteriormente o convite de outra amiga, voluntária do Portal Oncoguia[1], para participar de uma iniciativa voltada para mulheres que tiveram câncer de mama. Abrir uma nova janela me demandaria

[1] "A trajetória do Instituto Oncoguia teve início em 2003, com a criação do portal Oncoguia, voltado para a divulgação de notícias e informações especializadas sobre o câncer para pacientes e familiares. O portal surge de uma inquietação de Luciana Holtz, psico-oncologista que, durante sua atuação clínica, notou que as informações disponíveis na internet, muitas vezes sem uma apuração de qualidade e falsas, deixavam o paciente com câncer assustado, preocupado e desamparado. O portal, então, se tornou um canal de informação seguro e garantido para esses pacientes, seus familiares e cuidadores, levando conteúdos embasados cientificamente e revisados por um comitê de especialistas na área. Ele também serviu – e serve até hoje – como base para o amadurecimento do Oncoguia como uma instituição de apoio ao paciente com câncer" (Oncoguia, 2025).

um investimento de tempo que eu estava aprendendo a dividir entre trabalho, cuidados em saúde e vida pessoal. Contudo, fui entendendo que deveria registrar a minha vivência com o câncer de mama e acredito que o convite partiu tanto pelo que dividimos como pacientes e amigas, como também pela sua sensível percepção enquanto psicóloga. Eu precisava olhar para mim mesma de maneira mais visceral e profunda, para enfrentar e ressignificar o lugar de saúde/doença.

Conheci Molije em 2009, num dos meus primeiros projetos na universidade em que lecionamos, envolvendo cursos da área da Saúde e do qual fizemos parte da coordenação acadêmica. Identifiquei-me com a sua simpatia, capacidade de articulação, comprometimento e dedicação pela coisa pública. Passamos várias noites e finais de semana trabalhando no seu apartamento, entusiasmadas pelos impactos que a reorganização ensino-serviço poderia proporcionar na formação dos estudantes e na assistência integral à saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, com a finalização do projeto e demandas de nossos departamentos, acabamos por nos afastar, reencontrando-nos mais recentemente por intermédio da nossa fisioterapeuta após sermos ambas acometidas por um câncer de mama. Esse potente resgate permitiu elaborações e ressignificações, reestabelecendo uma relação de afeto e apoio mútuos.

Meu nome é Malu, tenho 53 anos, sou professora universitária (fonoaudióloga) e atuo na interface entre Saúde Coletiva e Voz, minha área de especialidade. Fã de Música Popular Brasileira (MPB) e inspirada pela voz de Elis Regina, aprendi a tocar violão e a cantar na adolescência. Talvez a minha mobilização para cursar Fonoaudiologia tenha perpassado, inconscientemente, por isso também. Nas minhas viagens, o violão era parte obrigatória da bagagem. Fiz um trio de Música Popular Brasileira (MPB) com dois amigos do ensino fundamental e cheguei a ser *backing vocal* do Rita Lee Cover. Depois, com a faculdade e a vida profissional, fui deixando o violão meio de lado, mas

sempre tinha uma música-tema que me acompanhava e simbolizava o momento que eu estava passando. Parafraseando Clarice Lispector, essa era a minha "felicidade clandestina".

Vivo em união estável com meu marido, também professor universitário, da área de Direito. Ambos céticos e cerebrais, um dos motivos que nos aproximou e nos mantém juntos até hoje, além do amor que nutrimos um pelo outro. Sem ele, não sei como suportaria encarar o meu câncer. Ele participou de todo o processo de diagnóstico e tratamento, acompanhou-me na cirurgia, em todas as consultas médicas, radioterapia e boa parte da fisioterapia, até eu ter maior autonomia. Não temos filhos, o que além da idade, fatores genéticos e ambientais, aumenta o risco para câncer de mama. Descobri minha infertilidade (endometriose/aromatase positiva) aqui na Bahia. Fiz tratamento clínico, tive três abortos penosos e dolorosos. Resolvemos que não iríamos fazer reprodução assistida para eu engravidar. Gostamos muito de arte, especialmente música, cinema, literatura e pintura. Essa sensibilidade artística me auxiliou muito na elaboração não somente do meu câncer, mas de todos os meus processos de adoecimento.

Em três momentos da minha vida me deparei com a morte. Aos 6 anos, cortei o braço no portão de vidro da casa dos meus pais. Estava brincando de "Batatinha Frita" com amigos e meus irmãos. Foi a primeira vez que tive medo de morrer. O corte era tão aberto que não dava para dar ponto. Minha mãe fazia diariamente curativo com gaze, uma pomada cicatrizante e enfaixava o braço. Por sorte, não atingiu nenhum vaso importante. Tenho uma cicatriz que me faz lembrar do episódio, mas sem dor nem sofrimento. Aos 14 anos, tive um Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), vulgo derrame. Foi espontâneo, sem causas à época diagnosticadas: um vaso capilar na região frontal esquerda do cérebro se rompeu e me deixou inconsciente por algumas horas. Fiquei um mês internada no hospital e um mês de repouso em casa. Sentia que não faria diferença se eu

morresse, até receber bilhetes dos meus amigos de escola desejando força e boa recuperação. Tenho até hoje, coladas numa agenda, todas as mensagens enviadas. Recebê-las foi muito potente e me deu força para seguir adiante. Mas um medo ficou: toda vez que eu sentia uma dor de cabeça forte, achava que estava tendo um AVC. Nunca mais tive outro derrame, embora tenha lá minhas dores de cabeça. Para lidar com esse medo, tive que ressignificar o meu sintoma. E foi por meio da arte que esse processo se deu, simbolizando as seis imagens da arteriografia cerebral que realizei em 1993, há 30 anos. Com o câncer tenho o mesmo medo: da recidiva. Assim como o AVC, tive que ressignificar esse processo e busco, neste capítulo, dividir a minha experiência.

Comecei a escrever assim que recebi o convite, num processo que mobilizou conteúdos profundos em mim. Iniciei revendo meus exames clínicos, prontuários e anotações esparsas. Encontrei uma linha do tempo que havia feito na oportunidade da perícia médica, revelando a minha racionalidade ao lidar com esse processo. Meu corpo virou objeto de intervenção médico-cirúrgica e eu me perdi de mim mesma, me desconheci na condição de doente. Fui seguindo os passos estabelecidos para o meu tratamento, gradualmente apresentados pelo meu mastologista. Só assim a gente consegue aguentar a carga psíquica de um diagnóstico de câncer. Vivia um dia por vez, seguindo de modo dedicado as prescrições dadas. Corpo e mente ficam a serviço da doença. Afundar-me no trabalho foi o modo que inicialmente encontrei para não "pirar a cachola". Depois, fui elaborando as dificuldades, com o auxílio de uma equipe de profissionais da saúde integrada, psicanálise lacaniana, minha voz e violão, além do apoio essencial da minha família e amigos. A sequência de eventos reapareceu como um filme autobiográfico, numa imagem com as teclas de uma máquina de escrever reavivando o passado.

- **2 de dezembro de 2019**: realizei a mamografia, último dos exames prescritos pela minha ginecologista às vésperas de sair de férias para São Paulo, onde reside parte do meu núcleo familiar: pai, mãe, dois irmãos, meus sogros e as duas cunhadas. Passagens previamente compradas, divisão do tempo entre mães matematicamente calculada para nenhuma se sentir preterida. Nesse ano o Natal foi na casa da minha mãe e o Ano Novo em Amparo, com a sogra, minha segunda mãe. Férias com família é um processo de grande imersão. Casa cheia, movimentada, todos querendo contar sobre a vida que se partilha na presencialidade do estar (com) junto, sem tempo para acabar. Em São Paulo, o forno que não para de assar quitutes das mãos talentosas da minha mãe, *masterchef* da família. Teatro, museu e cinema na metrópole que nunca dorme, passeios nas belezas naturais do Circuito das Águas.

- **12 de janeiro de 2020**: fim das férias. Hora de voltar ao trabalho. À época, estava na coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, iniciando 2020.1 com nossa primeira turma de alunos regulares.

- **Final de janeiro de 2020**: voltei à ginecologista com os resultados dos exames. Tudo dentro dos conformes, exceto pela mamografia, que apresentava um laudo de "calcificações amorfas com distribuição regional à direita. Achados mamográficos suspeitos para malignidade – categoria ACR BI-RADS 4".

Nunca tinha reparado nessa classificação até chegar no número 4, que revela suspeita de malignidade[2]. Minha médica foi peremptória:

[2] A classificação Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), do Colégio Americano de Radiologia, é utilizada para rastreamento do câncer de mama em achados radiológicos, definindo as respectivas recomendações de conduta para cada caso. Varia de 0 a 5, sendo 0 = incompleta ou não conclusiva (necessidade de avaliação adicional), 1 = negativo (rotina do rastreamento), 2 = benigno (rotina do rastreamento), 3 = provavelmente benigno (controle radiológico por três anos), 4 = suspeito de

"você precisa ir a um mastologista". A partir desse momento, minha saga oncológica começou. No dia seguinte fui, junto com meu marido, a uma mastologista na própria clínica na qual eu era atendida pela ginecologista. Teria que fazer um exame invasivo, o *core biopsy*[3]. Era tudo muito novo para nós e estávamos inseguros.

Consultamos, então, uma segunda opinião qualificada, indicada por uma amiga minha que já tinha tido câncer de mama e que foi minha estrela-guia em todo o meu tratamento. O médico não era credenciado ao meu convênio, por isso acabei pagando uma consulta particular num valor acessível. Levamos a ultrassonografia de mamas e a mamografia. O médico dissecou os exames com uma precisão cirúrgica, esclarecendo a necessidade de se fazer inicialmente a investigação diagnóstica, preferindo a mamotomia orientada por estereotaxia[4], mais indicada para microcalcificações agrupadas.

Havia grande probabilidade de ser uma lesão benigna, mas, em caso de malignidade, a cirurgia do segmento (parte do quadrante da mama) seria o suficiente, seguida por radioterapia, não havendo necessidade de quimioterapia porque o câncer não era invasivo. Fica-

malignidade (biópsia e histopatológico), 5 = altamente suspeito (biópsia e histopatológico) (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2021).

3 "A biópsia de fragmento com agulha ou *core biopsy* consiste na retirada de fragmentos de tecido, com uma agulha de calibre um pouco mais grosso que da PAAF [punção aspirativa por agulha fina], acoplada a uma pistola especial. O posicionamento da agulha de biópsia poderá ser guiado por ultrassom, mamografia ou ressonância magnética. O procedimento é realizado com anestesia local e geralmente se retiram vários fragmentos de alguns milímetros. Esse é geralmente o tipo de biópsia preferido se houver suspeita de câncer de mama" (Oncoguia, 2025).

4 "A mamotomia é um tipo de biópsia com agulha grossa acoplada a um dispositivo a vácuo, que permite a obtenção de fragmentos de mama com maior calibre e maior acuidade diagnóstica. É indicada preferencialmente nos casos de microcalcificações e lesões intra-ductais. Sempre que houver possibilidade de ressecção de toda a lesão é necessário que coloque um clipe de titânio, para que a área que foi biopsiada possa ser posteriormente identificada em caso de ressecção cirúrgica. [...]. Para a biópsia das microcalcificações, utiliza-se como método guia a mamografia com estereotaxia (forma minimamente invasiva em que a área de intervenção é localizada por medições tridimensionais para localizar o alvo)" (Millen *et al.*, [202-]).

mos muito bem impressionados com a consulta e os esclarecimentos que o mastologista nos deu. Seguindo sua recomendação, fomos para o próximo passo, que seria a biópsia/mamotomia. Somente uma clínica em Salvador realizava o exame e não era credenciada no meu plano de saúde. Tive minha primeira dor de cabeça. O convênio começou a protelar a realização do exame e acabei entrando com uma reclamação junto à Agência Nacional de Saúde (ANS). Como o procedimento estava no rol mínimo da ANS, não poderia ser negado pelo convênio. Esse é o caminho mais eficaz para resolver problemas com a autorização de procedimentos, já que há um prazo determinado para a resposta.

- **9 de abril de 2020**: consegui realizar a mamotomia, mesmo com a chegada da pandemia do coronavírus noBrasil. Ela deixou incertos os procedimentos e ainda não havia clara definição sobre os tratamentos de saúde e as cirurgias eletivas. O exame, realizado sob anestesia local, foi tranquilo e indolor. Uma agulha do tamanho de uma de tricô entra lateralmente na mama, com você deitada numa maca como se fosse receber massagem nas costas. O tecido a ser biopsado é sugado a vácuo pela agulha, sendo colocado um clipe de titânio no local. Apesar de indolor, a mama fica roxa e sensível por vários dias após a realização do procedimento.

- **Meados de abril de 2020**: voltamos ao mastologista com o resultado da biópsia: "carcinoma ductal *in situ* grau nuclear 3 e padrão sólido e cribriforme, com extensão lobular e diferenciação apócrina. Presença de necrose e calcificação distrófica". Segundo o médico, apesar de maligno, meu caso tinha bom prognóstico, porque *in situ* sem riscos para metástase nem necessidade de quimioterapia. "Removendo cirurgicamente a lesão, é 100% de cura", disse o médico. Todas as fantasias passam na sua cabeça nesse momento. Como vai ficar a minha mama depois da cirurgia? Vai ficar diferente uma

da outra? Vou continuar com mamilo? O médico nos tranquilizou esclarecendo que seria uma cirurgia conservadora, com mínima retirada de tecido, fazendo-se a reconstituição necessária no mesmo tempo operatório.

Os encaminhamentos para os exames pré-cirúrgicos foram realizados: radiografia, exames laboratoriais e ecocardiograma. Além disso, outro procedimento, chamado "linfocintilografia", deveria ser feito na véspera da cirurgia. Nesse exame, um contraste radioativo é injetado no local da lesão Radioguided Occult Lesion Localization (ROLL) e na aréola Sentinel Lymph Node Biopsy (SNOLL) para a localização do linfonodo sentinela (Lavoué *et al.*, 2008)[5]. No momento da cirurgia, uma caneta *gamma probe* é utilizada para identificar o local exato do tecido a ser removido.

Nova dor de cabeça. Apesar do meu plano ter liberado a cirurgia, não tinha rede credenciada para realizar esse procedimento. Acabei pagando pelos exames que, assim como a mamotomia, constavam no rol de procedimentos mínimos da ANS. Entrei com uma nova reclamação na ANS e, nesse caso, tive o valor reembolsado integralmente. Também paguei pelos honorários de meu médico mastologista e sua assistente, que não eram credenciados pelo meu plano e descobri que, mesmo não sendo um plano de saúde superior, tinha direito ao reembolso de parte dos valores pagos. Cheguei a me questionar se não deveria utilizar um cirurgião conveniado. Depois de ponderar, acabei decidindo por seguir com o médico que me acompanhou. Foi

[5] ROLL = Radioguided Occult Lesion Localization. SNOLL = Sentinel Lymph Node Biopsy. A localização de lesão oculta radioguiada (ROLL) é uma técnica para detectar tumores de mama não palpáveis, que pode ser utilizada juntamente com a biópsia do linfonodo sentinela (SNOLL), sendo confiável e reduzindo as taxas de reoperação. Sob orientação ultrassonográfica, um marcador radioisótopo é injetado no local da lesão e na rede linfática. No momento da cirurgia, um detector *gamma probe* é utilizado para localizar e orientar a remoção cirúrgica.

ele que nos deu segurança e não poderia mudar no momento mais crítico do processo. Não me arrependo da minha decisão.

- **8 de maio de 2020**: dia da cirurgia. Chegamos cedo no hospital, fizemos a parte burocrática de entrada e fomos para o quarto. Algum tempo depois, chamaram-me para a preparação. Meu mastologista foi me buscar e me levou até a sala de cirurgia. No caminho, contou-me que havia recebido a ligação de uma amiga da minha mãe, radiologista em São Paulo, sua quase-irmã, falando com muito afeto dela e da mentora de ambos, que foi "como uma mãe" para ele. Fiquei tocada e percebi que seria operada por um profissional, além de competente e seguro, sensível e humano. Tive alta da cirurgia no mesmo dia e fomos para casa. Menor tempo de internação, menores custos e menos exposição para a covid-19, o que, naquela situação, tranquilizava-me.

- **Relatório médico**: "ressecção segmentar (quadrantectomia) de mama direita com linfadenectomia axilar seletiva + ressecção de linfonodo sentinela + reconstituição parcial pós-quadrantectomia". Classificação Internacional de Doenças (CID): C50.9 – neoplasia de mama não específica. Foram realizadas ampliações das margens cirúrgicas comprometidas pelo carcinoma. Da margem inferior, foram três ampliações até que elas ficassem livres de neoplasia. Para essa identificação, é utilizado o método de congelação[6] durante a cirurgia,

[6] Também conhecido como exame per-operatório, o exame de congelação tem início com a retirada de um fragmento de tecido ou órgão lesado no qual haja dúvida diagnóstica, ou seja, impossibilidade de reconhecer a olho nu se a doença (usualmente câncer) compromete o órgão ou tecido em questão. O médico patologista é então chamado pelo cirurgião para estudar o fragmento biopsiado. Durante o exame, o patologista congela a amostra da lesão obtida pelo cirurgião, utilizando-se um criostato a menos 20 graus Celsius. O material congelado é então seccionado, em um micrótomo, em delgadas fatias micrométricas que são estendidas em lâmina de vidro para então serem coradas. Em seguida, o patologista examina, no microscópio óptico, a lâmina corada e consegue determinar, na maioria das vezes, a natureza da lesão. O fragmento estudado é sempre encaminhado, posteriormente, para o

de modo que seja removido somente o tecido comprometido e uma pequena margem de segurança. A retirada do linfonodo sentinela principal e secundário é necessária para a identificação de possível metástase. Quanto maior a quantidade de linfonodos retirada, maior é o impacto na sua função, que é a drenagem linfática. Removi sete linfonodos. Evito perfurações no braço direito e retirada extensa da cutícula quando faço a mão, devido à maior dificuldade de cicatrização e risco de linfedema. Pedi ao meu médico que me desse o clipe de titânio, pois queria guardá-lo. Recentemente fiz um anel de prata, em formato de girassol, com o miolo de uma pitanga de coral, no qual o clipe está inserido. Minha flor simboliza minha mama e a arte, mais uma vez, auxiliando-me a elaborar esse processo.

Saí do hospital com um curativo bem apertado e um dreno cirúrgico, aqueles que parecem uma sanfona. Chatinho... Fora que impressiona porque você vê o sangue caindo no recipiente. Não podia molhar o curativo até o retorno ao consultório médico, em cinco dias. Para o banho, tive que me empacotar com *magipack*. Acho que essa foi uma das minhas primeiras diversões desde o diagnóstico de câncer: enrolar-me e desenrolar-me com o filme. Comecei a me dar conta de que o humor era uma maneira de lidar com a situação e tentei olhá-la de um jeito mais leve. Denise Fraga foi uma inspiração. Já conhecia seu trabalho do início da carreira, quando fui assistir no teatro, por insistência de meu pai, *Trair e coçar é só começar*. Meu pai

processamento convencional de fixação e inclusão em parafina, como acontece com todas as biópsias e peças cirúrgicas. De acordo, agora, com o diagnóstico anatomopatológico estabelecido pelo patologista, o cirurgião ajusta, modifica, a conduta intra-operatória de modo a favorecer o paciente. Por lidar com informações tão importantes para a tomada de decisão durante o ato cirúrgico, muitos consideram o exame de congelação como os verdadeiros olhos do cirurgião. Quando bem indicado, tal exame torna-se instrumento valioso, podendo evitar a retirada completa de um órgão sadio, agilizar e otimizar o tratamento do paciente, ou ainda impedir que células cancerosas permaneçam no paciente e causem problemas, recidivas, mais tarde" (Franco; Cardili, 2016).

me achava muito parecida com ela. Pude revê-la durante essa busca de humor com *Horas em casa*, agora por indicação da minha mãe. Nesse trabalho[7] ela fez vários esquetes semanais, curtos, de dez a 15 minutos, nos quais interpretava diferentes personagens dialogando entre si durante a pandemia.

- **17 de maio de 2020**: peguei o laudo anatomopatológico da biópsia pela internet. Nele constava "3ª margem comprometida por carcinoma ductal *in situ* da mama". Tomei um susto e enviei uma mensagem para o meu mastologista com o resultado. Ele prontamente respondeu, tranquilizando-me que a cirurgia garantia 100% de cura, que eu poderia tomar meu vinho e comemorar. Pediria revisão das lâminas ao laboratório. No novo laudo, a margem inferior aparecia livre com 0,1 mm. O laboratório reconheceu o erro de digitação, entrou em contato comigo para esclarecer a situação e se desculpar. Mas a tensão e o medo de ter que passar por uma nova cirurgia já estavam ali, inconscientemente, apertando a minha mente.

No retorno ao mastologista, tirei o curativo e o dreno. Achava que a sensação de repuxamento era por conta disso, mas o incômodo continuou. Claro, havia passado por uma cirurgia com corte, retirada de tecido e pontos internos: o corpo precisava de um tempo para acomodação. Naquele momento, ainda não levantava o braço e fui encaminhada para a fisioterapia oncológica para poder iniciar a radioterapia. Comecei com exercícios de movimentação dos braços (cinesioterapia), associados à drenagem linfática manual (minha mama direita parecia um mamão papaia, enquanto a esquerda era do tamanho de um pêssego), *laser* para analgesia e estímulo axilar. Posteriormente, uso de bandagens (*Kinesio Taping*) para auxílio na drenagem e com-

[7] *Horas em casa*. Disponível em: https://www.youtube.com/playlist?list=PLqdtkly4kQ-ZxW_A8OTzYxa5xcAWRtTzbq.

pressão de edema. Intervenção padrão-ouro. Tive a oportunidade de encontrar Molije em algumas sessões, o que foi muito potente para nós. Ela fez um desenho com essa representação, o qual chamamos de "sutiã linfático". Recebi esse presente, emoldurei e coloquei na minha sala, junto aos desenhos de meu pai e o quadro da arteriografia. Olhar para eles me permite enxergar que esse foi um momento da minha vida passada, que posso e devo continuar seguindo em frente, pois continuei viva.

As sessões de fisioterapia oncológica eram semanais. Além da drenagem, *laser* e bandagem, havia um canal de escuta terapêutica sensível que me auxiliava a elaborar o meu processo de reabilitação. A primeira imagem que enviei para minha fisioterapeuta foi a de um cartão do The New York Botanical Garden. Nele, o rosto da Frida Kahlo desenhado com pétalas e folhas em meio a um colar de espinhos no pescoço e colo, obra da Beth Collins. Era assim que me sentia: amarrada, presa por fios cirúrgicos que ainda me mantinham na condição de doente e dependente.

- **6 de julho de 2020:** comecei a radioterapia com a finalidade de evitar recidiva, indicada para os casos de cirurgia conservadora, como a minha. Parece algo inocente, mas aquela radiação vai destruindo o ácido desoxirribonucleico (DNA) das células saudáveis e cancerígenas. Você não sente nada nas sessões que duram minutos. Uma marcação inicial é realizada na pele com caneta tipo piloto para o planejamento e indicação do local que será irradiado. O posicionamento é cuidadosamente feito por uma equipe de físicos e enfermeiros que te colocam de barriga para cima, com os braços estendidos para trás, num suporte de metal, como se estivesse tomando sol na praia. No hospital onde realizei o tratamento, um painel no teto de um céu azul com coqueiros reforçava essa impressão. Achei sensacional. Na terceira sessão, meu mamilo respondeu à carga ionizante com uma radiodermatite: ficou inchado,

avermelhado e descamando. A médica radioterapeuta ficou surpresa com a reação precoce e prescreveu uma pomada com corticoide, que melhorou bastante. Fazia, ainda, compressas diárias com chá de camomila frio, passava hidratante também com ação calmante (me adaptei muito bem ao Fisiogel®) e fazia uma maior ingestão de água para evitar o efeito de ressecamento. Também sentia fadiga, outro efeito colateral do tratamento, que leva à exaustão associada à necessidade de ir diariamente ao hospital.

Durante a realização da radioterapia, continuei na coordenação do programa de pós-graduação. Por conta da pandemia, as aulas tinham sido suspensas, mas o trabalho administrativo continuava. Essa foi a maneira que encontrei para lidar com minha própria reabilitação: seguir com o trabalho. Mas o corpo e a mente reivindicam espaço para o cuidado em saúde e tive mais 15 dias de licença prescritas pelo meu médico. Terminadas as sessões, que duraram cerca de um mês, apresentei queimadura na pele: um retângulo marrom ficou estampado na mama direita, onde houve a irradiação. Durante toda a radioterapia, não pude ir à praia para evitar exposição ao sol. Aliás, ainda hoje tenho que ter precauções. Com o calor, a pele fica mais escura e arde. Portanto, além do bloqueador solar e chapéu, uso camisa com proteção UVA/UVB quando pretendo tomar um banho de mar. Além das compressas, comecei a usar Cicaplast®, um potente regenerador de tecido[8], que levou à redução quase total da queimadura. Hoje, tenho apenas uma pequena área abaixo da mama, na região onde foi realizado um *boost* de irradiação, devido à margem restrita.

[8] Disponível em: https://www.laroche-posay.com.br/cicaplast/cicaplast-baume-b5?gclid=CjoKCQjw-pCVBhCFARIsAGMxhAdfqyTsoLTlYGxIhywnp5v-qOkEc6gzxM6gmrcl6llzZqsxE52vIScaAvxJEALw_wcB&gclsrc=aw.dsc.

- **Meados de agosto de 2020**: após a radioterapia, iniciei a hormioterapia com 20 mg diárias de Tamoxifeno[9], parte também do tratamento para evitar possíveis recidivas, o qual inicialmente faria por cinco anos. O medicamento é um receptor seletivo de estradiol que inibe a captação na mama, mas acaba afetando o endométrio. Tive as reações adversas muito comuns (≥ 10%) e comuns (≥ 1 a < 10%), como: sangramento vaginal, fogachos, fadiga, alterações gastrointestinais, cefaleia, prurido vulvar, cãibras e mialgia. Devido ao medicamento, fiz três miomas uterinos e fui submetida a uma histeroscopia para retirada em novembro de 2020. Depois desse episódio, minha oncologista reduziu a dosagem do Tamoxifeno para 10 mg dia sim, dia não e a situação se estabilizou. Achei que passaria da ginecologista para a geriatra, mas tive um encontro com a oncologista, a mesma que cuida da minha amiga estrela-guia. Tudo que faço ou vou fazer pergunto a ela antes. É a minha médica assistente que me dá segurança sobre possíveis interações que possa ter com o tratamento que realizo. Digo para ela que vai ser minha médica para sempre: "não me abandone jamais!"

Com a recuperação dos movimentos do braço pela fisioterapia oncológica e a liberação de minha médica, tive a minha primeira conquista: voltar a nadar no mar. Uma sensação de liberdade e auto-

9 O Citrato de Tamoxifeno é um trifeniletileno não esteroide que apresenta um espectro complexo de efeitos farmacológicos, tanto antagonista quanto agonista do estrógeno, nos diferentes tecidos. Em pacientes com câncer de mama, o Tamoxifeno age primariamente como um antiestrogênico, em nível tumoral, prevenindo a ligação do estrógeno ao seu receptor. Em tumores mamários com receptor de estrogênio positivo/desconhecido, o uso de Tamoxifeno adjuvante reduziu significativamente a recidiva da doença e aumentou a sobrevida em 10 anos, alcançando um efeito significativamente maior com cinco anos de tratamento em comparação a um ou dois anos de tratamento. Esses benefícios parecem ser independentes da idade, da fase da menopausa, da dose de Tamoxifeno e da quimioterapia adicional. Clinicamente, sabe-se que o Tamoxifeno leva à redução, na ordem de 10-20%, dos níveis de colesterol total no sangue e de lipoproteínas de baixa densidade em mulheres na pós-menopausa. Adicionalmente, tem sido relatado que o Tamoxifeno pode manter a densidade mineral óssea em pacientes na pós-menopausa (Blau Farmacêutica, 2016).

nomia me invadiu. As amarras que eu havia incialmente relatado à minha fisioterapeuta foram se soltando e o edema de minha mama foi diminuindo. A natação contribuía para a drenagem, especialmente quando eu estava usando a bandagem elástica.

A segunda conquista foi voltar a tocar violão. Além da dificuldade inicial de mobilidade do braço, não conseguia carregá-lo, pois era muito pesado para os meus 49 kg. Para piorar, encaixava exatamente onde estava o curativo e a cicatriz da cirurgia, o que me incomodava bastante. Aos poucos, fui conseguindo reencontrar minha "felicidade clandestina". O resgate não foi fácil. A mão parecia enferrujada, as músicas eram mais difíceis, o que acabava sendo, muitas vezes, frustrante. Tocar era sempre conflitante: difícil no início, mas conforme tocava, as mãos e a voz iam se reorganizando e a música fluindo mais facilmente.

Tudo estava sendo muito racional. Cumpria cada etapa estabelecida com muita correção, seguindo à risca as orientações médicas e dos profissionais de saúde. A situação é apresentada gradualmente, um procedimento por vez. O ônus chega depois, quando você já está melhor e começa a refletir sobre o que passou. Cheguei à exaustão e me perdi de mim mesma, do meu corpo, da minha voz.

Outras cirurgias subsequentes foram necessárias. O pólipo na vesícula que eu acompanhava desde 2004 se multiplicou e uma hérnia inguinal, que surgiu na pandemia, aumentou progressivamente, trazendo receio que enclausurasse. Acabei, no mesmo tempo cirúrgico, retirando a vesícula (por laparoscopia) e corrigindo a hérnia (cirurgia aberta) com o mesmo médico. Todas as cirurgias da minha vida aconteceram durante a pandemia, o que aumentou meu nível de estresse. Além disso, seguia com duas sessões semanais de fisioterapia ortopédica devido a uma tendinite no quadril, epicondilite e cervicalgia, agravadas no período de aulas remotas.

Minha insônia piorou, o medo e a ansiedade se manifestaram mais fortemente. Tive que iniciar um tratamento medicamentoso,

algo que não queria, mas se tornou inevitável. A minha mente tentava se manter alerta e não deixava o corpo descansar. Medo de dormir e não acordar? O remédio "desliga da tomada", levando o corpo ao repouso possível, para tentar se restabelecer.

Nesse período, comecei a conversar mais frequentemente com meu irmão, que mora em Nova Iorque. Nós somos muito ligados. Embora ele tenha sete anos a menos do que eu, brincamos que somos super-gêmeos. Quando ele ainda era criança, pediu de presente de Natal um robô que estava sendo lançado pela Estrela®. Interceptei a carta ao Papai Noel e disse que o "Ar-tur" era um brinquedo muito bobo, que iria dar algo mais legal para um menino inteligente. Na verdade, eu queria montar uma banda com meus irmãos e como os mais velhos tinham outros interesses, investi nele. Foi aí que ele ganhou seu primeiro órgão da Hering®, movido a ventoinha. Depois, foi evoluindo na música, aprendeu a tocar órgão, piano, teclado e foi autodidata no violão. Sempre que nos reencontramos, voltamos à leveza da infância, falamos bobagens, brincamos, cantamos. Combinamos de nos encontrar virtualmente aos domingos, o que fizemos semanalmente até o final de 2021, quando voltei a vê-lo na casa de minha mãe, em São Paulo, na oportunidade das festas de final de ano.

Esses encontros foram muito pujantes e me auxiliaram no resgate da minha "felicidade clandestina" e elaboração da minha doença. Voltar a tocar e cantar me permitiu ir compreendendo os momentos que estava vivenciando e que, de certa maneira, não conseguia enxergar. Comecei a gravar algumas músicas e a compartilhar com ele, com minha fisioterapeuta oncológica, alguns(mas) poucos(as) amigos(as) e meu núcleo familiar. Molije foi grande incentivadora desse processo; sua arte com desenhos me inspirava a buscar alternativas de elaborações auxiliares que fossem além da psicanálise.

Apresento, em seguida, como fui ressignificando algumas músicas que me acompanharam em cada etapa do meu tratamento, numa

epifania solitária, num fluxo associativo livre se revelando e me fazendo compreender a mim mesma.

"Laser", do José Miguel Soares Wisnik e Ricardo Breim, foi um presente de aniversário que ganhei do meu irmão tocando piano e cantando, 11 anos antes do meu câncer de mama. A primeira camada que me fisgou foi "Leva leve, pega e leva leve". Precisava ser menos visceral nas minhas relações de vida e trabalho. Minha busca incessante pela justiça tinha um preço enorme para meu "fígado", gerando uma elevada carga de estresse. Novos significados foram sendo atribuídos nessa interação entre letra, música e busca da saúde. O *laser* se desvelou numa contradição entre "gota pura" e "diamante duro", que fere e ao mesmo tempo cura, sendo um potente recurso utilizado na fisioterapia para a regeneração dos tecidos e analgesia:

> gota pura
> Gota gota pura
> Vindo pela veia do veio
> Diamante
> Diamante duro
> Cortando cristal pelo meio
> (Laser, [1993]).

Numa outra camada de aprofundamento, associei a importância do cuidado, do amor que às vezes puxa a corda, outras solta, mas está ali, junto, sempre presente, numa eterna vigilância.

> Com um beijo eu acordei
> Outro beijo me dormiu
> Depois todo o tempo se seguiu
> Todo o tempo nos antecedeu
> Ficou preso e solto por um fio
> E esse fio era você e eu
> (Laser, [1993]).

Encontrei uma versão linda dessa música com o Wisnik e a Mônica Salmaso, num show de 2010, na Rio Folle Journée, a qual utilizei como base para tocar no violão. Tenho mais facilidade para ler cifras, várias inclusive já decorei. Mas essa música acabei tirando de ouvido, seguindo uma série harmônica baseada no que ouvi do piano. Isso foi nas férias do ano passado, em Amparo/SP, com o violão da minha cunhada. As férias foram um momento de imersão no violão e, talvez por isso, tenha conseguido essa proeza, apesar do meu restrito conhecimento sobre teoria musical.

O resgate da minha voz surgiu numa das caminhadas que faço cotidianamente na orla da Barra, onde moro, em Salvador/BA. Quando passava pelo farol e vi o edifício Oceania, da Baía de Todos-os-Santos, para o mar aberto, comecei a cantar "Se meu jardim der flor", na versão do grupo Boca Livre. Tinha dificuldade de afinação com essa música, além da mudança de registro modal para falsete. Mas de repente, minha voz saiu tão leve e afinada, que me surpreendi.

> Se meu jardim der flor
> Colore minha saudade
> No meio dessa cidade
> Que a manhã clareou
>
> (Se meu [...], [1981]).

Reminiscências juvenis que eu buscava reencontrar, com cheiro, cor e luz. Na cidade de Salvador, que me acolheu e "salvou a minha dor".

> Virá um beija-flor
> Aqui ali sem pousar
> E vai entrar nos meus olhos
> Só pra te encontrar
>
> (Se meu [...], [1981]).

Nessa segunda estrofe, o beija-flor aparece com uma nova esperança, um novo olhar para a potência da vida. Gravei incialmente à capela e depois resgatei as cifras para tocar no violão. Meus dedos estavam começando a se mexer e voltar a ter alguma habilidade.

Depois veio "Paciência", do Lenine, dizendo para mim a diferença entre os tempos do mundo e do nosso corpo/mente. Ouvi essa música em *looping*. A vida moderna impondo um novo ritmo, o corpo dando sinais de exaustão, e quem disse que a minha mente parava? Estava buscando respeitar o tempo do meu corpo para a convalescença necessária, numa briga interna com minha "mente-helicóptero".

> Mesmo quando tudo pede
> Um pouco mais de calma
> Até quando o corpo pede
> Um pouco mais de alma
> A vida não para
>
> (Paciência, [1999]).

Mas o corpo resiste, e a gente revê o que de fato é relevante. É hora de parar. Atropelar-se não vale a pena, a vida é rara e deve ser vivida no seu agora: *carpe diem*.

> Enquanto o tempo
> Acelera e pede pressa
> Eu me recuso, faço hora
> Vou na valsa
> A vida é tão rara
>
> (Paciência, [1999]).

Outro elemento, coincidente com a pandemia do coronavírus, dava um ar visionário para a canção gravada em 1999, em meio à desastrosa gestão da saúde pública no Brasil. A "espera" até que as primeiras pessoas fossem vacinadas provocou muitas mortes desnecessárias.

Enquanto todo mundo
Espera a cura do mal
E a loucura finge
Que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência

(Paciência, [1999]).

E o tempo não para, segue acelerando, mas a gente precisa impor resistência para não virar a hélice do helicóptero.

O mundo vai girando
Cada vez mais veloz
A gente espera do mundo
E o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência

(Paciência, [1999]).

Nesse olho do furacão, a pausa necessária para entender o que é importante na vida, rara, única, e como queremos vivê-la.

Será que é tempo
Que lhe falta pra perceber?
Será que temos esse tempo
Pra perder?
E quem quer saber?
A vida é tão rara
Tão rara

(Paciência, [1999]).

E no meio desse cenário caótico, eu ainda tinha que seguir o tratamento do meu câncer de mama. O fingimento, na acepção de Fernando Pessoa ("Autopsicografia"), parece se tornar uma estratégia de sobrevivência: você vai a fundo no significado da sua existência, entra

num contato visceral consigo mesma, precisa da escuta e da vivência do outro para se ressignificar: finge paciência, finge dor para se curar.

> O poeta é um fingidor.
> Finge tão completamente
> Que chega a fingir que é dor
> A dor que deveras sente.
> E os que leem o que escreve,
> Na dor lida sentem bem,
> Não as duas que ele teve,
> Mas só a que eles não têm
>
> (Pessoa, [20--]).

Revi meu *modus operandi* e minhas prioridades. Fui em busca de outras coisas que me faziam feliz além do trabalho. Valorizei mais as minhas amizades, as relações de afeto e aprendi a dedicar mais tempo a elas. Isso me ajudou a "não desistir", a "aguentar" (Ribeiro, [20--]) o tranco e o tempo necessário para a minha recuperação desse processo.

Essa mudança de perspectiva fez eu me deparar com outra canção, "Anjo vadio", de Olivia Byington. Comecei a me perguntar quem eu era, quais minhas *personas*, questionando-me sobre minha própria dureza e rigidez. Permiti-me enxergar possibilidades menos duras e rigorosas comigo mesma, múltiplas, mais fluidas e permissivas, coexistindo entre si.

> No meu lado delirante
> tem sempre um anjo vadio
> andando de trás para diante
> bêbado feito uma porta
> proclamando aos sete ventos
> que o mundo não tem saída
> dizendo que não suporta essa vida
> No meu lado burocrata
> tem sempre um pobre diabo
> de paletó e gravata

em pleno verão carioca
que as vezes perde a cabeça
e canta choroso e terno
quero que você me aqueça nesse inverno
No meu lado delinquente
tem sempre um tipo valente
que tem olhar muito louco
e desafia o futuro
que ama o cheiro da rua
costuma andar na avenida
no lado escuro onde a vida continua

(Anjo [...], 1980).

Acho que sou um pouco delirante, burocrata e delinquente. Talvez mais burocrata por, historicamente, ter o trabalho tomando uma parte enorme da minha vida, sem hora para acabar. Era manhã, tarde, noite, madrugada e finais de semana. Quando meu marido chegava em casa, por volta das 22h30, eu geralmente estava engatada numa ideia e seguia madrugada adentro. Veio o câncer e a pandemia e, apesar do trabalho invadir mais o espaço doméstico, tive que dedicar um tempo maior para minha saúde e fui aprendendo, meio que forçosamente, a colocar limites. A psicanálise me ajudou muito a equilibrar esses espaços, embora seja uma negociação difícil comigo mesma. Mas o cuidado em saúde também é desgastante porque, além de demandar tempo, requer uma energia que parece que você não vai ter. São tantos exames, consultas e sessões. Ao mesmo tempo que alivia a dor, também leva à exaustão.

Recebi de uma grande amiga da faculdade uma canção do Dani Black que eu não conhecia: "Maior", numa versão linda em dueto com o Milton Nascimento. Chorei quando ouvi. Além de amiga, ela também é psicanalista e sei que enviou essa música para me fortalecer. Aprendi a tocar no violão, ficou um dedilhado bonito, com algumas

“firulinhas” no meio dos acordes. No Natal, gravei com minha sobrinha que é super afinada e enviei para ela.

> Eu sou maior do que era antes
> Estou melhor do que era ontem
> Eu sou filho do mistério e do silêncio
> Somente o tempo vai me revelar quem sou
>
> (Maior, [20--]).

Já estava começando a me questionar e ficar mais sensível. Acho que o câncer me deixou melhor. Fiquei mais humana, mais acolhedora, menos dura comigo e com os outros. E isso foi se revelando em todas as minhas relações. Saí do meu lugar de conforto, que era como eu sabia viver. Me perdi de mim mesma para poder me reencontrar na minha nova existência, num lugar melhor.

> As cores mudam
> As mudas crescem
> Quando se desnudam
> Quando não se esquecem
> Daquelas dores que deixamos para trás
> Sem saber que aquele choro valia ouro
> Estamos existindo entre mistérios e silêncios
> Evoluindo a cada lua, a cada sol
> Se era certo ou se errei
> Se sou súdito, se sou rei
> Somente atento à voz do tempo saberei
>
> (Maior, [20--]).

Vida que segue e evolui. A dor e o medo do câncer tinham que ficar para trás, mas também me ensinar algo. Fui, por muito tempo, severa comigo, me cobrando posições coerentes e tendo que ser perfeita em tudo que eu faço. Não podia errar e ficava devastada quando isso acontecia. Agora, entendo que o erro é parte necessária

e essencial do processo de aprendizado e tenho sofrido menos com minha autocobrança. Também não podia chorar com coisas que me tocassem, pois seria uma demonstração de fragilidade. Aprendi a valorizar minhas emoções e me permiti ser sensibilizada por situações que me tocavam.

Nesse reencontro com meu próprio "eu", resgatei com meu irmão "Maria, Maria", música de Milton Nascimento, que era um dos meus clássicos na adolescência. Tem uma questão do nome que impacta fortemente a minha identidade. Acho que esse é o único momento que me vejo unicamente como Maria.

> Maria, Maria
> É um dom, uma certa magia
> Uma força que nos alerta
> Uma mulher que merece viver e amar
> Como outra qualquer do planeta
>
> (Maria [...], [1978]).

Marias são mulheres que, como qualquer outra, vivem seus amores e suas dores. A força está no amor e na possibilidade que tem de transformação e superação.

> Maria, Maria
> É o som, é a cor, é o suor
> É a dose mais forte e lenta
> De uma gente que ri quando deve chorar
> E não vive, apenas aguenta
>
> (Maria [...], [1978]).

Aqui vem aquela minha parte durona. De ter que aguentar o "baque" sem poder manifestar minha fragilidade, sem poder chorar.

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria

(Maria [...], [1978]).

A virada vem com a "força", a "raça" e a "gana" que possibilitam a energia necessária para a superação da doença. Tenho as marcas no meu corpo, a cicatriz no braço que cortei na infância, da cirurgia do câncer: dores e alegrias que fazem parte da vida.

Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida

(Maria [...], [1978]).

Com o câncer, ficou mais claro para mim que os fatos da vida são uma questão de probabilidade, que o desfecho depende da forma como os encaramos e dos recursos que dispomos para resolvê-los. Fatos têm uma probabilidade maior ou menor de acontecerem e a gente escolhe os caminhos que queremos/podemos seguir. A probabilidade da minha lesão ser maligna era pequena, mas existia. Com a cirurgia conservadora no tempo certo, radioterapia e hormonioterapia, as chances de ter recidiva reduzem muito. Sigo esse tratamento, apesar dos efeitos adversos, que chamo de "efeitos colaterais da cura". Daí, posso dizer que tenho fé na vida, na ciência, na equipe de saúde que possibilitou as intervenções necessárias para o meu tratamento.

Nesses quase três anos após a minha cirurgia do câncer de mama, fui aprendendo em cada etapa do tratamento, superando algumas dores, ressignificando outras e convivendo com aquelas que ainda permanecem. Estou nessa fase agora, em busca da saúde. Já faz um ano e meio que minhas calcificações estão estáveis. Embora a mamografia ainda apresente suspeita de malignidade (BI-RADIS 4), meu mastologista preferiu seguir acompanhando em vez de fazer uma nova mamotomia. Fico sempre tensa sobre o resultado da próxima sequência de exames. Acho que sempre terei a "pulga atrás da orelha" me perguntando se tenho ou não câncer, mas não posso parar a vida e viver em função desse medo.

E aí vem Lulu Santos me fazer entender que a vida é "Como uma onda no mar", "tudo passa, tudo sempre passará". Às vezes, pode ser um tsunami, noutras uma marola. Tem situações em que a gente enfrenta a onda de peito aberto, noutras a gente fura, toma caldo, mas também surfa. "Num indo e vindo infinito".

No momento em que escrevo este texto, sinto-me mais fortalecida. Recebi a excelente notícia da minha oncologista que não precisarei mais tomar Tamoxifeno por cinco anos. Uma recente pesquisa italiana "Babytam" (Shaw, 2022) encontrou resultados igualmente eficazes para câncer de mama não invasivo com doses menores do medicamento (5 mg), durante três anos. Termino a hormonioterapia em junho de 2023. E, junto vem Ivete Sangalo, poderei ver esse outro momento "Quando a chuva passar":

> quando a chuva passar
> Quando o tempo abrir
> Abra a janela e veja eu sou o sol
> Eu sou céu e mar
> Eu sou céu e fim
> E o meu amor é imensidão
>
> (Quando [...], [2005]).

A chuva está passando, já vejo o sol brilhando e reluzindo nas ondas do mar. Minha condição de saúde está melhor, consigo realizar os exercícios do pilates com boa execução, sem parar no meio. Mantenho a minha natação no Porto da Barra semanalmente e, às vezes, arrisco pegar um jacaré no Barravento. Adicionei musculação na minha rotina e já ganhei mais massa muscular, diminuindo as dores e aumentando um pouco minha força, além de colaborar com a osteoporose. Recentemente, permiti a mim mesma algumas altas: finalizei a fisioterapia ortopédica, espacei as sessões de psicanálise e fisioterapia oncológica, que ainda mantenho pelo conforto físico e mental que proporcionam. Iniciei terapia cognitivo-comportamental para a insônia, estou começando a ter um sono mais restaurador e voltando a lembrar dos meus sonhos. Viva a vida! Com Frida Kahlo e Gonzaguinha canto "O que é, o que é?":

> viver e não ter a vergonha
> De ser feliz
> Cantar, e cantar, e cantar
> A beleza de ser um eterno aprendiz
> Ah, meu Deus!
> Eu sei, eu sei
> Que a vida devia ser bem melhor
> E será!
> Mas isso não impede
> Que eu repita
> É bonita, é bonita
> E é bonita
>
> (O que [...], [1982]).

Simbolizar o meu processo saúde-doença por meio da arte, especialmente a música, registrando minha experiência neste livro foi um enfrentamento doloroso, mas necessário para "virar a chave", sair do lugar de doente e buscar uma melhor qualidade de vida. Demanda

paciência histórica. Às vezes dá vontade de desistir, mas vem a força e a garra que impulsionam, o amor e as amizades que sustentam e animam. A chuva começa a passar e a gente vai reelaborando esse processo. Não para voltar a ser o que era, até porque isso não é possível nem desejável. Mas para estar num outro lugar, violentando-se menos, sendo mais gentil e tolerante consigo mesma. Cada uma terá o seu próprio percurso. Esse foi o modo que encontrei para lidar com o meu. Espero que inspire outras mulheres que estejam passando por esse difícil momento a enfrentar o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.

Com afeto,
Malu
23 de abril de 2023.

Referências

ANJO vadio. Intérprete: Olivia Bington. Compositores: Geraldo Carneiro e Olivia Byington. [*S. l.*], 1980.

BLAU FARMACÊUTICA. *Citrato de tamoxifeno*. Cotia: Blau Farmacêutica, 2016. Disponível em: https://www.blau.com.br/storage/app/media/Bulas%20Novas%20-%2029.08.17/bulapscitrato-de-tamoxifeno.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

FRANCO, M.; CARDILI, L. Exame de biópsia de congelação: significado e importância. *Sociedade Brasileira de Patologia*. São Paulo, 19 jul. 2016. Disponível em: https://www.sbp.org.br/exame-de-biopsia-de-congelacao-significado-e-importancia/#:~:text=O%20material%20congelado%20%C3%A9%20ent%C3%A3o,problemas%2C%20recidivas%2C%20mais%20tarde.&text=Patologia%20%E2%80%93%20EPM/UNIFESP-,Dr.,de%20Patologia%20%E2%80%93%20EPM/%20UNIFESP. Acesso em: 14 set. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2021. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_tecnicos_rastreamento_cancer_mama_2021.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

LASER. Intérprete: Flavnyc. Cover de José Miguel Wisnik. Compositor: José Miguel Soares Wisnik e Ricardo Breim. [*S. l.*, 2011]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=bgt8avL5aTU. Acesso em: 14 set. 2025.

LASER. Intérprete: José Miguel Wisnik. Compositor: José Miguel Soares Wisnik e Ricardo Breim. [*S. l.*, 1993].

LASER. Intérpretes: José Miguel Wisnik e Monica Salmaso. Compositor: José Miguel Soares Wisnik e Ricardo Breim. Rio de Janeiro 2002. Apresentação no Teatro João Caetano em 4 jun. 2010. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=pgwK6Sft124&list=RDpgwK6Sft124&start_radio=1. Acesso em: 14 set. 2025.

LAVOUÉ, V. *et al*. Simplified technique of radioguided occult lesion localization (ROLL) plus sentinel lymph node biopsy (SNOLL) in breast carcinoma. *Annals of Surgical Oncology*, New York, v. 15, n. 9, p. 2556-2561, Sep. 2008.

MAIOR. Intérpretes: Dani Black e Milton Nascimento. Compositor: Dani Black. [*S. l.*, 20--]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=mc1ANOYexlI. Acesso em: 14 set. 2025.

MARIA, Maria. Intérprete: Milton Nascimento. Compositores: Fernando Brant e Milton Nascimento. [*S. l.*, [1978]).

MILLEN, E. *et al*. *Mamotomia ou biópsias vácuo*-assistidas. *In*: CÂNCER DE MAMA BRASIL. [*S. l.*, 202-]. Disponível em: https://www.cancerdemamabrasil.com.br/mamotomia-ou-biopsias-vacuo-assistidas/. Acesso em: 14 set. 2025.

ONCOGUIA. *Biópsia da mama*. [*S. l.*], 7 jan. 2025. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/conteudo/biopsia-da-mama/1390/264/. Acesso em: 14 set. 2025.

ONCOGUIA. *História*. [*S. l.*], 2025. Disponível em: https://www.oncoguia.org.br/conteudo/historia/16838/1347/. Acesso em: 14 set. 2025.

PACIÊNCIA. Intérprete: Lenine. Compositores: Dudu Falcão e Lenine. [*S. l.*, 1999].

PESSOA, F. Psicografia. *MultiPessoa*. [*S. l.*, 20--]. Disponível em: http://multipessoa.net/labirinto/fernando-pessoa/1. Acesso em: 14 set. 2025. Publicado pela 1ª vez em *Presença*, Coimbra, n. 36, nov. 1932.

QUANDO a chuva passar. Intérprete: Ivete Sangalo. Compositor: Ramón Cruz. [Salvador, 2005].

O QUE é o que é? Intérprete: Gonzaguinha. Compositor: Gonzaguinha. [*S. l.*, 1982].

RIBEIRO, D. Paciência. *In*: DICIONÁRIO online de português. [*S. l.*, 20--]. Disponível em: https://www.dicio.com.br/paciencia/. Acesso em: 14 set. 2025.

SHAW, M. L. 10-YYear Babytam Data Show Reduced-Dose Tamoxifen Still Producing Positive Results. *AJMC*, Cranbury, 9 Dec. 2022. Disponível em: https://www.ajmc.com/view/10-year-babytam-data-show-reduced-dose-tamoxifen-still-producing-positive-results. Acesso em: 14 set. 2025.

SE MEU jardim der flor. Intérprete: Boca Livre. Compositores: Xico Chaves e Zé Renato. [*S. l.*, 1981]).

Aprender a ser cuidada em círculos de mulheres

Flavia Rego

Em uma consulta de revisão dessa querida paciente, Molije, fiz um desabafo: eu havia sido diagnosticada com um câncer de mama inicial há três meses e tinha acabado de concluir a radioterapia. Tinha vivido, assim, a mesma história da minha paciente. Ainda impactada com a notícia que eu havia lhe dado, ela sem titubear me fez um convite para escrever a minha história, agora não só como médica, mas com um outro olhar de alguém que tinha vivido na pele a mesma experiência. Estou aqui após o convite dessa querida, primeiramente como médica mastologista, que teve a honra de estar ao lado dela no processo de diagnóstico e cura do câncer de mama, depois como amiga e admiradora do seu trabalho e agora, neste momento em que escrevo, como mais uma mulher que se deparou com o seu próprio diagnóstico de câncer de mama.

Considero que minha missão de estar nesta partilha aqui com vocês não é para falar tecnicamente sobre a patologia, como médica

mastologista que dedicou grande parte dos últimos 23 anos de vida profissional a entender, diagnosticar e tratar o câncer de mama, mas pra falar de um outro lugar, um lugar de mulher que, além de médica, é mãe de três filhos (com 17, 12 e 6 anos), filha, irmã e amiga.

Acordei como em todas as quartas-feiras, fiz minha atividade física bem cedinho, me arrumei, levei Laura na escola e cheguei no consultório (Centro Médico São Rafael, em Ondina). Eu havia marcado exames ultrassonográficos para minha filha, Maria, de 12 anos – ela havia passado pela avaliação endocrinológica com indicação de alguns exames. Nesse dia acordou dizendo que teria prova e não poderia faltar à escola. Como eu havia marcado com uma colega, resolvi então fazer meus exames de rotina. Quando a colega iniciou o exame ultrassonográfico da mama direita, um silêncio tomou a sala, vi um certo pânico nos olhos dela... Quando me voltei para a tela do aparelho de ultrassonografia, deparei-me com uma imagem nodular de 8 mm, BI-RADS 4C, como classificamos as lesões mamárias com alta chance de malignidade e vi, naquele momento, que iniciaria um dia diferente.

Vale a pena lembrar que eu estava em dia com meus exames de rastreamento, lembrando que, a partir dos 40 anos, devemos realizar anualmente nossa avaliação mamográfica – exame que provou reduzir a mortalidade do câncer de mama em 30%. Na sequência do ultrassom, fiz a mamografia, porque tinha prótese mamária. O exame paradoxalmente não ajudou muito naquele dia.

De repente me tornei paciente e fui obrigada a sair do lugar de cuidadora e aprender a ser cuidada. Lembrando do relato de uma amiga irmã "Seu corpo está dando o recado para que você pare e permita-se ser cuidada".

Inicialmente, realizei uma punção por agulha fina, que evidenciou células atípicas, mas que não foi suficiente para fechar o diagnóstico. No outro dia eu estava lá, ao lado de minha mãe para realizar a minha core biopsia guiada por ultrassonografia (exame realizado com uma

pistola com agulha mais grossa, onde fragmentos histológicos do tumor seriam retirados para estudo), rodeada por amigas, profissionais queridas que disputaram aquele espaço e fizeram questão de estar ali naquele momento. Eu, deitada numa maca, no centro de uma roda de mulheres... O quão terapêutico e curador é um círculo de mulheres.

Foram os três dias mais longos que vivi. O resultado sairia em 24 horas, porque novamente uma parceira querida da patologia logo se prontificou a entrar no circuito. Como me senti especial! Como é bom ter laços verdadeiros e fortes! Como é importante se sentir carregada quando as pernas faltam...

No dia seguinte, mais um círculo de mulheres se formou, ficamos juntas ao redor da mesa de um restaurante, aguardando o telefonema com o meu resultado. Lá estavam minhas sócias, parceiras, melhores amigas e minha irmã. Como profissionais, já tínhamos visto casos suspeitos que não se confirmaram, torcíamos juntas por um falso positivo.

O telefone tocou e o diagnóstico se confirmou: carcinoma invasor da mama direita. O chão se abriu. Logo lembrei de meus três filhos... Medo da morte, vontade enorme de viver para acompanhar e amparar a história deles, afinal eu sempre brinquei: "se Deus me deu uma filha com Síndrome de Down, me dará também a saúde e a longevidade saudável para eu desempenhar o meu papel".

Ah, como é maravilhoso nascer mulher, mas como é difícil cuidar desse feminino e impedir que ele seja esmagado pelas necessidades de sobreviver da forma que o mundo impõe.

Minha história começa lá atrás, quando decidi que seria médica e depois me apaixonei pelo universo da cirurgia geral. Mundo eminentemente masculino, quando entrei na residência de cirurgia eu tinha oito colegas de residência, 10 preceptores – todos homens – e apenas uma preceptora mulher. Precisei, na minha concepção da época, na imaturidade dos meus 25 anos, parecer com os homens em raciocínio

e atitudes, pra não ser englobada pelos colegas nos procedimentos cirúrgicos e tratada como mais uma carinha bonitinha que ganhava a vez de operar só porque era mulher e não por competência e dedicação.

E lá fui eu esmagando meu feminino, desaprendendo a ser cortejada, cuidada. Eu não tinha tempo para melindres e para a doçura do feminino, afinal, eu queria a vaga para operar a próxima cirurgia, provar no próximo plantão que eu podia intubar, reanimar, passar acesso central e mostrar ao mundo que tinha competência para ser reconhecida como cirurgiã, apesar de ser mulher.

Inicialmente me encantei pela cirurgia plástica. Poderia trabalhar com a beleza e o feminino, mas ao fazer um opcional no Hospital Aristides Maltez, apaixonei-me pela mastologia. Como sou grata àquela instituição, lá tudo funcionava, as pacientes do sistema público tinham os melhores médicos e o melhor tratamento. Encontrei um lugar onde poderia cuidar de mulheres, operar, tratar a doença e buscar na reparação a busca incessante pelo belo, pela harmonia corporal, dando de volta a autoestima a essas pacientes.

Ao acabar minha formação, comecei a cuidar de mulheres. Veio o primeiro casamento, ao qual se somaram novos desafios, como seguir tentando conquistar uma carreira sólida no mundo da cirurgia. Com 29 anos, estava grávida de meu primeiro filho, meu menino Antônio. Meus Deus, como não sabemos de nada! Muitos, muitos medos, gravidez extremamente difícil, a ansiedade tomou conta de mim. Além da sensação de que teria um filho especial. Nessa época entrei no universo do autoconhecimento, busquei ajuda, fui medicada e comecei a fazer terapia para entender meus medos e padrões.

Antônio nasceu muito saudável, maravilhoso, mas tive que voltar de corpo e alma para a minha carreira, ainda com a crença limitante de que para vencer eu tinha que "tirar leite de pedra". Adoeci a primeira vez, tive uma depressão pós-parto, que culminou em uma tuberculose pulmonar, desenvolvida com a queda da imunidade gera-

da pela depressão. Segui fazendo o tratamento do esquema tríplice e não parei de trabalhar um dia sequer, esmagando meu autocuidado, não me permitindo adoecer.

Aos 34 anos, veio minha segunda filha, Maria. Novamente tomada pela certeza de que o filho especial viria agora, gravidez difícil, permeada pela ansiedade e pela insônia. Dúvida no ultrassom morfológico, apreensões... Ela nasceu saudável, a cara da mamãe e me copiando em muitos padrões.

Quando temos filhos, somos diariamente desafiados a melhorar, a nos reinventar. Vamos descobrindo que as dificuldades que eles enfrentam passam também pelos modelos que apresentamos a eles inconscientemente, assim como nossos pais fizeram conosco. Cresce nossa responsabilidade em evoluir na jornada da vida. A filha mulher percebe a mãe como primeira referência do feminino, ela terá mais chance de seguir com um feminino saudável se cuidarmos de nossos padrões sabotadores de nossos processos internos.

Com Maria e Antônio ainda muito pequenos, veio o divórcio inesperado. Meu feminino foi dilacerado, destruído, mas segui não me permitindo muitas pausas, sem cuidar adequadamente de minhas feridas. Nesse momento, fui submetida à minha primeira cirurgia plástica de mastopexia e colocação de prótese. Afinal, precisamos dos recursos disponíveis para nutrir nossa autoestima – a minha no momento estava extremamente abalada.

Veio um segundo casamento e uma tentativa cega e desesperada de reconstruir um novo núcleo familiar. Fruto desse segundo casamento, já aos 40 anos, nasceu a minha terceira filha Laura, com Síndrome de Down... A minha teoria se confirmou: eu teria o desafio do filho especial. Ah! Laura, quem conhece, sabe.

Durante sua gravidez tive o diagnóstico por meio de cordocentese. Com dez semanas, iniciei na gravidez um atendimento energético com uma colega de turma em quem eu confiava muito. Fiz tratamento

espectral em sessões semanais. Durante essa experiência me vi em outra dimensão de onde Laura viria. Foram sessões sucessivas em que voltava para um lugar lindo. Ela me banhava em uma cachoeira que purificava meus medos e apreensões e me colocava em roda, onde mentores evoluídos seguiam me instruindo da minha missão. Acho que, na terceira sessão, Antonio e Maria também foram recebidos por ela e iniciaram os processos de instrução. Já no final da gravidez, o pai foi recebido nesse santuário para merecer esse preparo.

Laura enche nossos dias com sua sensibilidade, simpatia e tamanha doçura que me emociona só de falar. O corpo que a síndrome deu a ela aprisiona o desenvolvimento do intelecto, dificulta a expansão do cognitivo, mas expande sua sensibilidade em graus elevados. E ela se supera a cada dia, tem uma vontade de aprender imensa e insiste todos os dias que vai ser "dotora" igual à mamãe.

E Flávia chegou ao ano de 2022. Ano de reinício saindo de uma pandemia, ano que seguiu um grande desafio pessoal e profissional. Em 2021, eu havia saído do grupo profissional do qual fazia parte há 16 anos e aceitei o desafio da construção de um novo serviço, ao lado de mulheres maravilhosas, com um olhar feminino e com mais autonomia para escrever uma nova história no tratamento de patologia.

Ao lado dessa ebulição profissional, eu tinha um desafio pessoal que tomou meus últimos dois anos: me mudar para uma casa maior, onde cada filho tivesse seu quarto. Nesse ínterim, eu vendi meu apartamento, comprei um novo, fiz uma obra e terminei o segundo casamento. Comecei o ano em um serviço de oncologia novo, em uma casa nova, muito quietinha, cheia de projetos e desafios.

Todas as minhas sessões de expansão de consciência revelavam que um ciclo estava se fechando em minha existência, que muitos aprendizados haviam se sedimentado e que mais qualidade de vida estava por vir. Sempre tive muita intuição dos meus processos, mas realmente não sabia que o diagnóstico de câncer de mama estava na minha história.

Imediatamente antes da cirurgia curativa para o câncer, que ocorreria no dia 11 de novembro de 2022, fui para uma vivência com uma roda de mulheres no Capão. Essa experiência já estava programada há seis meses e como tudo já estava orquestrado pelos planos superiores, pude viver quatro dias de dinâmicas incríveis, antes de me entregar à cura cirúrgica. Um grupo de 20 mulheres vivendo dinâmicas terapêuticas orientadas por uma psicóloga maravilhosa. Vi-me, então, iniciando meu processo de cura em níveis sutis, canalizações de energia e visualização do ato cirúrgico tal qual aconteceu.

Meu ato cirúrgico foi realmente sagrado – quatro colegas que amo e em quem confio se dedicaram a um verdadeiro artesanato. Optamos pela cirurgia conservadora, retirando as próteses e reconstruindo, a partir de uma mamoplastia reparadora, os tecidos que sobraram. Resultado oncológico e estético fantástico, nenhuma deiscência, embora minha vontade de viver tivesse me feito passar por experiências proibidas com apenas oito dias de operada (fui para uma festa e dancei até o final).

Devido a toda mobilização de pessoas incríveis do grupo em que trabalho, iniciei minha radioterapia precocemente no 20º dia pós-operatório. As sessões transcorreram sem complicações, processo cansativo, diário, mas que me deixava feliz por estar se aproximando do final. Passei por todas as etapas que sempre ouvi minhas pacientes relatarem. Impressionante como meu olhar amadureceu, pois agora todas as vezes que começo essa caminhada junto a elas, sei que passo muita confiança ao dizer: vamos juntas, eu passei por tudo e estou aqui, numa versão melhorada, acreditem.

A caminhada não acabou, iniciei o uso da minha hormonioterapia (Tamoxifeno, antagonista parcial da função do estrogênio) que perdurará por, no mínimo, cinco anos. Mantenho meu acompanhamento psicoterápico com minha psicóloga, que foi um divisor de águas em minha vida há sete anos. Sigo tentando me conhecer, usar minha

enorme energia realizadora sem me esgotar, equilibrando a balança da vida, pois como a maioria das mulheres, somos mães, profissionais, gestoras de nossas próprias casas, finanças, filhas, irmãs e mais o que ocorrer.

No meu caso, o câncer de mama significou o fechamento de uma era, expurgando no corpo o final de um ciclo que se iniciou lá atrás na minha ancestralidade, podendo liberar as gerações futuras de mulheres dessa família de padrões de falta de autoamor. Após essa experiência, iniciei uma jornada de busca incessante pelo meu autocuidado – é difícil mudar um padrão: caímos e levantamos, todos os dias, mas o despertar literalmente sentido na pele não tem mais volta.

Vivências sobre reabilitação de câncer de mama

Ivana Spínola Cedraz

A senhora Mônica Lima compareceu à clínica de fisioterapia Postura Ativa no final de 2020 buscando alívio para intensa dor e queimação em braço direito e endurecimento em mamas, após realização de quadrantectomia e retirada de linfonodo sentinela à direita para tratamento de um câncer de mama e simetrização imediata da mama contralateral. Ela foi para essa primeira consulta acompanhada por uma irmã mais velha, que a tratava como filha, com todos os cuidados que cabem a uma mãe, inclusive demonstrando insegurança quando foi necessário mobilizar a região mais dolorosa. Além disso, como frequentemente observo na prática clínica, há quase 15 anos, Mônica apresentava-se muito tensa, insegura, ansiosa, temerosa de tudo que estava acontecendo e do que estava por vir. É tudo muito novo até para uma profissional de saúde. São muitas informações mesmo para uma pessoa altamente qualificada, pós-doutora, compreender e

digerir. Envolver saúde tendo como referência uma doença com tanta carga e relação com finitude de vida dificulta muito o entendimento e a aceitação.

A primeira sessão de fisioterapia normalmente é agendada no final do dia e são reservadas duas horas para avaliação e atendimento justamente para ser possível esclarecer o máximo de dúvidas com relação à doença, ao tratamento, ao pós-operatório e às questões emocionais sempre surgem. Como fisioterapeuta, não consigo me aprofundar em todos os detalhes, porém a escuta atenta e ativa, as orientações gerais e o encaminhamento para um profissional da equipe de oncologia, como o(a) psicólogo(a) e o(a) nutricionista, torna possível cercar essa mulher que está vivendo um turbilhão de sintomas físicos e emocionais de segurança e apoio.

Mônica estava passando por esse momento difícil cercada de carinho, amor e cuidado de familiares e amigos(as), mas como mulher independente e autônoma também se incomodava em estar dando trabalho para os entes queridos. Sofria com a preocupação e a dedicação deles(as). E, como psicóloga de formação, analisava os próprios sentimentos, o que acho que conferia uma responsabilidade ainda maior a todo o processo. Assim, inicialmente, sofreu muito com uma complicação frequente nesse pós-operatório, que necessitou de um pequeno procedimento na mama, mesmo sendo muito bem acompanhada pela mastologista, que a ouvia e a orientava de maneira que a deixava segura e confiante.

Com o tempo, Mônica começou a entender as etapas do tratamento e a lidar de maneira mais natural, respondendo às novas situações que surgiam sem supervalorizá-las. Acredito que a melhora da dor no braço e consequentemente na sua movimentação, permitindo ganho de autonomia e independência, também contribuiu para esse momento de tranquilidade no enfrentamento da doença.

Durante as sessões de fisioterapia, que duram 60 minutos, enquanto as condutas são realizadas, uma livre conversa com a paciente abrange desde os sintomas que a trouxeram ali, o assunto câncer de mama como um todo, até seus medos, sonhos e desabafos mais íntimos. Esse momento, que pode ser desconfortável no início, devido à realização de terapias manuais na mama e na axila por uma pessoa desconhecida, vai se tornando habitual. Assim, a drenagem linfática manual, as mobilizações de fibroses e do cordão axilar, a realização dos exercícios específicos e outras técnicas necessárias para melhorar a qualidade de vida da paciente vão proporcionando conforto, alívio e ganho de movimentos no braço. A especialidade oncologia já existe na fisioterapia desde 2009 e sua indicação vem crescendo com o aumento de casos de câncer. Já existem residência e pós-graduação específicas e especializações para atendimento de casos de câncer de mama. A diferença na evolução do quadro e na qualidade de vida dessas pessoas é constatada pela ciência e pelas próprias pacientes.

A Monica tensa, ansiosa e insegura foi se transformando e começou a comentar sobre desenhos que estava realizando sempre que se sentia triste, com medo ou preocupações. Acho que fez um desenho a cada sessão de radioterapia, por exemplo, e isso a acalmava, além de ser uma ocupação, já que estava afastada do trabalho.

Durante essas conversas na sessão de fisioterapia, descobrimos uma amiga de Mônica que também estava em tratamento comigo e as duas sentiram necessidade de se encontrar. Estávamos no meio da pandemia. Havia ainda mais esse obstáculo para as pacientes oncológicas. O distanciamento social, a solidão e o medo da covid-19 interferiram diretamente no tratamento. O atendimento na Postura Ativa, anteriormente, acontecia com essa troca de informações entre as mulheres que se encontravam lá. E muitos ganhos eram observados quando uma via o resultado da cirurgia da outra, quando uma relatava estar sentindo as mesmas coisas. Essa troca entre mulheres

com o mesmo diagnóstico e que dividem os mesmos medos e preocupações é muito benéfica. Assim, concordamos em agendar uma sessão em conjunto para que se encontrassem. Observo que pode ser tão ou mais difícil retomar a vida após o tratamento oncológico do que enfrentá-lo. Conversar e dividir as inseguranças, os medos e as angústias foi muito positivo para todas as três. Tanto que repetimos algumas vezes e em algumas delas, eu ouvia a conversa e apenas interferia quando necessário. As duas, que já possuíam características de vida em comum e se conheciam há anos, agora tinham mais esse desafio, cheio de novidades e incertezas. E daí nasceu uma amizade. Um trio, formado por mulheres da área de Saúde, com ética e pensamentos sociais e humanos parecidos, que se dedicam muito ao trabalho e gostam de aproveitar a vida. Acredito que daí surja uma dificuldade em aceitar o espaçamento das sessões de fisioterapia e a dificuldade de Mônica em imaginar-se na Espanha sem elas.

Bem, os desenhos de Mônica ficaram cada vez mais frequentes e simbólicos e tanto eu quanto a outra paciente fomos presenteadas com um exemplar intitulado "Sutiã linfático" (Ver Figura 9, p. 53), fazendo referência à utilização do linfotaping utilizado na mama para drenagem e consequente conforto. Meu quadro está na parede da clínica, em um local estratégico para que todas as pacientes vejam. Muitas delas se reconhecem nele e elogiam a capacidade de colocar em um desenho bonito e alegre esse momento delicado da vida de cada uma. Acredito que Mônica encontrou a válvula que precisava para canalizar os sentimentos desse momento, transformando-os em arte, e dando seguimento à vida após um câncer de mama, mudando-se para a Espanha para um novo pós-doutorado. Uma honra fazer parte dessa história e deste livro cheio de lições de vida.

Meses depois da sua viagem, retomamos a ideia do livro *Mulheres de peito*, volume 2, com histórias e fotos de mulheres com câncer de mama, em parceria com a editora Sobregentes, de Dan Maior (@danmaior) e

o fotógrafo Celo Hermida (@celohermida, www.celohermida.com) em prol do Projeto Sakura, um grupo de apoio fundado para dar suporte a mulheres em tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Centro Estadual de Oncologia (Cican). Eu e as outras três fisioterapeutas do serviço, todas especialistas em oncologia, observamos as dificuldades dessas mulheres e criamos o Projeto Sakura (@projetosakura), que vem desenvolvendo diversas atividades educativas e culturais, além de ajuda social desde 2016.

Com tanto *feedback* positivo das pacientes participantes do projeto e observando o quão importante ele vem sendo para suas vidas, resolvi pesquisar o seu impacto na qualidade de vida das mulheres tratadas no Cican durante meu mestrado profissional na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): não houve associação positiva, ou seja, estatisticamente significativa entre a participação no Projeto Sakura e uma melhor qualidade de vida das mulheres em tratamento para câncer de mama quando comparadas com o outro grupo (Cedraz, 2022). No entanto, sabemos que alguns fatores interferiram nesse resultado, sendo um deles a pandemia de covid-19. Assim, novos estudos serão bem-vindos para analisarmos as evidências que aparecem em relatos sobre o cotidiano das mulheres que participam do projeto.

Para o novo livro do projeto, pensamos em uma capa criada por uma artista mulher e que também tivesse passado pelo câncer de mama e logo me lembrei de Mônica. O convite foi imediatamente aceito e no mesmo dia essa nova artista chamada Molije encaminhou um desenho. Lindo, porém estava vazio, sem muito colorido. Não achamos a cara da arte de Molije. Cheia de dedos, enviei um áudio para ela falando nossa impressão e ela respondeu aliviada que adoraria ter essa liberdade e nos enviou uma nova arte, maravilhosa, colorida, a cara dela e dos seus trabalhos. Imediatamente aprovada, seguimos para a pré-venda dos livros, o que possibilitaria sua impressão. Agendamos uma manhã no Palacete das Artes para fotografar

as mulheres e foi um momento cheio de emoção e aprendizado. No início de janeiro de 2023, o livro foi lançado e Molije já estava de volta ao Brasil. Autografou vários livros e ouviu todos os elogios que eu vinha transmitindo a ela sobre sua arte e sensibilidade. Acredito que finalmente Molije se viu como artista.

Com certeza, durante meus atendimentos, além de usar minhas mãos e todo o conhecimento e a experiência de uma fisioterapeuta especialista em oncologia e que trabalha diariamente atendendo mulheres com câncer de mama, o aprendizado de ter vivenciado essa doença em minha mãe, além de ter me dado certo conhecimento de causa, me dá ainda mais vontade de ajudar. Muitas pacientes me falam que a sessão de fisioterapia é também uma terapia. Sempre dou risada e levo na brincadeira porque não tenho formação para isso, mas sei que auxilia a compreender exatamente o que elas me dizem. Esse não é um diagnóstico nada fácil.

Por mais que saibamos que cada vez mais o câncer de mama é curável, todas conhecemos histórias de mulheres que morreram por causa dele. Foi o caso da minha mãe. Quando isso aconteceu, eu já trabalhava com oncologia e foi muito difícil voltar a acreditar que era possível sobreviver a ele. A minha psicoterapia me ajudou muito, principalmente a trazer o que diz a ciência para desbancar minha experiência pessoal e tirar do meu olhar sincero a pena e a constatação de insucesso do tratamento que eu poderia, naquele momento de luto, transferir para minhas pacientes. No início foi dificílimo. Pensei que não fosse conseguir continuar. Ver todos os dias as mesmas queixas e dificuldades que minha mãe tinha com aquela garra e força para lutar, sendo que o final podia não ser feliz. Mas hoje acredito que consegui transformar a dor em vontade de ajudar. Cada um tem sua história. E a minha com minha mãe só enriquece minha profissão. Acho que é uma missão! Será por isso que o Projeto Sakura é meu xodó?

Assim, compreendo os detalhes desse tratamento longo, cansativo, que pode ocasionar alterações físicas, como queda do cabelo e das sobrancelhas, perda da mama ou de uma parte dela, alteração de peso, que se somam a sintomas e sequelas temporárias ou definitivas, como dores articulares, fogachos, alteração da disposição e da libido. Só quem passa sabe o quanto isso interfere e altera sua qualidade de vida.

E como eu e Molije estamos em abril de 2023? Seguimos nos encontrando em sessões esporádicas de fisioterapia, já que as queixas estão cada vez menores e a atividade física muito frequente. Esse é o pulo do gato. Tanto para reduzir sintomas quanto para prevenir recidiva da doença. Além disso, esse vínculo extrapolou o consultório e nos encontramos fora do ambiente de reabilitação para conversar sobre a vida, dividir experiências e vivências. Surgiu uma amizade...

Referência

CEDRAZ, I. S. *O impacto da participação do Projeto Sakura em mulheres sob tratamento de câncer de mama*. 2022. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica e Translacional) – Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2022.

[...]

Marie Curie (assinatura hipotética)

Em verso, em música, em desenho: expresse suas vivências...

PARTE II

Algumas considerações sobre autoetnografia psicossocial por desenho autoral na Psicologia Social

Mônica Lima (Molije)

Introdução

Eu produzi o "pretexto" "Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu", que abre este livro. Na primeira etapa, desenhei espontaneamente com um teor mais psicoterapêutico alguns momentos marcantes do meu processo de enfrentamento de câncer de mama. Na segunda, eu resolvi juntá-los em uma autonarrativa. Na terceira, eu decidi fazer uma autoetnografia. Na quarta, segui com a determinação, que me é peculiar, de fazer algo que vou

denominar, precariamente, "autoetnografia psicossocial por desenho autoral" (apenas porque foi feito por mim, além de ser sobre mim). Eu fiz este caminho, inicialmente, porque necessitava (era algo extremamente pessoal, privado, sem pretensões "acadêmicas"). Em um dos desvios, a partir da segunda etapa da trilha, tomei decisões pensadas e comecei uma jornada de estudos sobre autoetnografia na tradição antropológica com suas conversas transdisciplinares. Eu li muitas autoetnografias, algumas citadas aqui, outras não citadas, mas que me inspiraram. Não encontrei autoetnografias na Psicologia Social.

Dito de outra maneira, eu não estava determinada a pesquisar o meu processo de saúde-doença-cuidado, ou seja, o texto não figurou de um projeto de pesquisa escrito *a priori*. Ninguém que eu conheça adoeceu propositadamente para fazer autoetnografia. Nem todas as autoetnografias são escritas em decorrência de enfermidades. Já há um campo de temas variados dentro e fora do âmbito da Saúde (Alegre-Agís; Fernández-Garrido, 2019; Fernández-Garrido; Alegre-Agís, 2019), só para citar uma combinação de 27 textos. Eu recebo no meu cotidiano de trabalho, como professora universitária, muitas estudantes que querem estudar temas vivenciados por elas, não exclusivamente no campo da Saúde. Nunca chegaram com uma proposta de autoetnografia, por desconhecimento principalmente, mas também por desconfiança sobre a aceitação de que uma autonarrativa e/ou relato pessoal possa gerar reflexões científicas.

Quando decidi torná-la uma autoetnografia psicossocial por desenho autoral, eu quis contribuir para uma das possíveis leituras que as autonarrativas e/ou os relatos autobiográficos podem gerar como método de produção de conhecimento em Psicologia Social Construcionista e/ou Pós-Construcionista. A autoetnografia pode ser considerada uma das estratégias de tradição antropológica do vasto mundo das etnografias. E na Psicologia, especialmente na Psicologia Social Construcionista, de onde me sinto capaz de falar, ela precisava ser

inventada. A investigação científica, como a entendo e compartilho com a comunidade científica da qual me sinto mais próxima, é uma prática social reflexiva e crítica, defendida por autores(as) como Mary Jane Spink (2010, 2013), Lupicinio Íñiguez-Rueda, Antar Martínez-Guzmán e Gemma Flores-Pons (2011), Tomás Ibañez (2003). Nesse movimento, o conhecimento não é algo dado, e sim uma construção coletiva, onde os(as) sujeitos(as) – pesquisadores(as) e participantes – e os objetos (temas ou fenômenos e coisas) estudados são construções sociais. A centralidade da linguagem no pensamento construcionista é o que denominamos "giro linguístico". Nas palavras de Íñiguez-Rueda (2004, p. 50-51): "o giro linguístico fez surgir a possibilidade de a ação científica ser considerada como uma prática social equivalente a qualquer outro tipo de ação social; e deu à ciência um embasamento epistemológico do tipo não-representacionista".

Essa compreensão social da produção de conhecimento é também um dos frutos do "movimento construcionista", como nomeia primeiramente Kenneth Gergen, e é desenvolvido no pensamento de Tomás Ibañez (2003), para não reduzi-lo a uma perspectiva teórico-metodológica e seus riscos de engessamento. Em suas próprias palavras: "um conjunto de elementos teóricos em progressão, relaxado, aberto e com contornos mutáveis e imprecisos, mais que uma doutrina teórica fortemente coerente e bem estabilizada" (Ibañez, 2003, p. 157).

Nessa direção, cabe explicar que, do ponto de vista epistemológico, o conhecimento não representa a realidade, não há como diferenciar um suposto mundo tal como é e o conhecimento que produzimos sobre ele. Um projeto construcionista de ciência só é alcançado com a adoção de uma postura não essencializante e não naturalizada, ou seja, aceitar a historicidade das práticas humanas e não humanas. Isso nos conduz ao pressuposto ontológico que acompanha as práticas e, logo, a prática científica: não há objetos naturais (eles, de modo geral, são naturalizados – essa é crítica), eles e nós somos interdependentes.

Neste capítulo, exponho uma pequena parte da minha tese para professora titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com o título *Tempo e silêncio na contemplação: desenho autoral nas pesquisas em psicologia social construcionista* (Lima, 2023). Ele está organizado em duas partes. Na primeira, dedico-me a sintetizar algumas ideias sobre autoetnografia. Na segunda, apresento brevemente uma síntese do que nomeio "autoetnografia psicossocial por desenho autoral", como minha principal contribuição.

O que é uma autoetnografia?

Joaquín Muñoz (2014, p. 238) define a autoetnografia como "uma estratégia de investigação que incorpora, por uma parte, as tradicionais referências da atividade etnográfica e, por outra parte, a própria biografia do investigador". Ele está de acordo com Carolyn Ellis, Tony Adams e Arthur Bochner (2011), que a finalidade da autoetnografia é compreender a experiência cultural sobre uma determinada temática a partir da descrição e análise da experiência pessoal da pesquisadora. Não há uma novidade no uso da autoetnografia. O termo é cunhado por Hayano (1979), segundo Sarah Wall (2006), no finalzinho da década de 1970. Ela mesma, Wall (2006), dedicou-se a escrever *An autoethography on learning about autoethnography*, quando analisa o seu processo de aprendizagem, que ela descreve assim no início do seu texto:

> eu posso escrever isso agora. Ele tem estado girando em minha cabeça por um mês, as leituras se misturando com meus pensamentos e reações, mas eu não sabia exatamente como colocá-lo no papel. Muito do que quero dizer sobre a autoetnografia é sobre mim, não sobre ela. Estou surpresa com a dificuldade dessa tarefa [...]. Fui confrontada, desafiada, comovida e mudada com o que aprendi (Wall, 2006, p. 146, tradução nossa).

A autoetnografia não é uma narrativa livre e sem intencionalidade (Muñoz, 2014). Estou muito de acordo com a Wall (2006), de que fazer uma autoetnografia é uma tarefa mais difícil do que se imagina à primeira vista. Levo meses refletindo sobre o que estou a escrever, escrevendo, apagando, reescrevendo, refletindo, desenhando. Nessa direção, estou atenta para a advertência de Joaquín Muñoz (2014, p. 240, tradução nossa):

> aquilo que contamos as demais pessoas, e que também contamos a nós mesmos emerge de processos intencionais de seleção, elaboração, expressão e rememoração das experiências pessoais. A autoetnografia é, ao menos em parte, um relato da própria experiência. Já foi dito que um dos riscos metodológicos da autoetnografia é que o narrativo se imponha a interpretação cultural, em vez disso, a experiência biográfica relatada é o que concede um valor distintivo a esta estratégia frente a etnografia entendida a maneira tradicional.

Eu descobri que estava fazendo uma autoetnografia por desenho autoral muito tempo depois de fazer inúmeros desenhos do meu processo de diagnóstico, tratamento e cura de câncer de mama. Eu fiz mais de 50 desenhos, e no texto que abre este livro não exponho todos, devido ao custo de apresentar desenhos coloridos. Desenhos que surgiram no processo de autocuidado e, inicialmente, como um dos recursos psicoterapêuticos (uso clássico no campo da Psicologia Clínica). Eles foram crescendo em quantidade e expressividade ao longo de mais de seis meses, quando iniciei a radioterapia, em dezembro de 2020. Quando me dei conta de que havia um material muito rico e disponível, propus-me a escrever sobre o que me havia abatido, transformado e potencializado. Materializado um limite, nas palavras de Natassja Martin (2021), ao encontrar o seu urso.

Optei pela autoetnografia como método. Desde esse momento, mais do que nunca, o que importa é a minha própria história,

particularmente minha e, por isso mesmo, constituída em um espaço histórico-cultural e racial, que justamente possibilita e é condição para uma expressão singular do que só pode se singularizar na medida em que é construída em muitas relações humanas, não humanas e materiais. Entre as minhas buscas de referências bibliográficas, encontrei Carolyn Ellis (1995), que escreveu uma das mais célebres autoetnografias dos Estados Unidos, que não posso deixar de citar devido ao fato de ela ter construído teoricamente esse método de pesquisar ao longo das décadas: "a autoetnografia como método tenta romper esse contraste entre ciência e arte. Os autoetnógrafos acreditam que a pesquisa pode ser rigorosa, teórica e analítica; emocional e terapêutico; incluindo fenômenos sociais e pessoais" (Ellis; Adams; Bochner, 2011, p. 30).

A autoetnografia é usada por investigadoras(es) de várias áreas do conhecimento, em muitos estilos diferentes. Stéphanie Papin (2021) escreve o texto "Autoetnografía de una vivencia CODA, Children Of Deaf Adult", crítico e belo que, do seu ponto de vista, faz uma fusão "sujeito/objeto" da investigação por ser escrito na primeira pessoa do singular. Ela utiliza tiras de histórias em quadrinhos que expressam sentimentos como medo, frustração, culpa e vergonha, suscetibilidade, empoderamento etc., que experienciou durante seu processo de aprendizado da linguagem em Língua Brasileira de Sinais (Libras), sendo filha ouvinte de mãe e pai surdos. As tiras foram criadas por uma profissional do desenho, a partir do seu relato e para a referida autora. Essa estratégia tem como objetivo "ilustrar as questões e representar a pesquisa de forma acessível para atingir um certo grau de generalização" (Papin, 2021, p. 2).

O método de autoetnografia expande-se também no campo da Saúde Coletiva, um campo dominado pela epidemiologia, ou seja, outra racionalidade que, ao longo dos anos, tende a aceitar a pesquisa qualitativa, não estruturada ou não cartesiana como uma possibilidade

indispensável à compreensão dos processos saúde-doença-cuidado. Em "A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros metodo+lógicos", Gustavo Raimondi e colaboradores (2020, p. 11) concluem:

> como o campo da Saúde Coletiva também não escapou das crises de representação, legitimação e práxis da pesquisa qualitativa, a teoria-método da autoetnografia pode contribuir extensamente para o debate sobre as performatividades e performances do(a) pesquisador(a) neste campo. Ao partir do pessoal para o político e cultural, a autoetnografia performática promove uma democratização da construção de saberes e práticas que possibilita à Saúde Coletiva a proposição de pesquisas que considerem várias possibilidades existenciais, permitindo uma ampliação de ações de justiça social.

Assim, Aline Brilhante e Cláudio Moreira (2016) já haviam experimentado a autoetnografia quando escreveram "formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico", em um estilo dialógico muito crítico. Em algum momento do texto, ela e ele tecem uma crítica dura ao modo tradicional de produzir conhecimento: "aqueles que insistem na pureza de uma ciência canônica, defendem uma única perspectiva de pesquisa: branca, masculina, heterossexual, que não só ignora outras formas de conhecimento, mas, também significa que as outras maneiras são necessariamente insatisfatórias e inválidas – não científicas" (Brilhante; Moreira, 2016, p. 1109).

A autoetnografia incorpora princípios da etnografia e da autobiografia (Ellis; Adams; Bochner, 2011; Muñoz, 2014), sendo assim, é método, processo e produto (Ellis; Adams; Bochner, 2011). Seu principal fundamento está em que a autoetnografia: "é uma abordagem que reconhece e acomoda a subjetividade, a emocionalidade e a influência da pesquisadora na pesquisa, ao invés de se esconder dessas

questões ou presumir que elas não existem" (Ellis, Adams; Bochner, 2011, p. 274).

Há críticas às autoetnografias em relação à sua cientificidade e sua relação com a arte, não só por terem, como qualquer outro método, limites, vantagens e desvantagens. No trecho a seguir, do livro organizado por Silvia Calva (2019), com traduções em espanhol de textos fundamentais selecionados sobre a temática, Ellis, Adams e Bochner (2011, p. 29) sintetizam:

> a meio caminho entre etnógrafos e autobiógrafos, os autoetnógrafos são frequentemente criticados por buscarem alcançar os mesmos objetivos que as obras canônicas da etnografia tradicional ou das artes cênicas. Os críticos querem que a autoetnografia siga os critérios normalmente aplicados às etnografias tradicionais ou às normas da escrita autobiográfica. Assim, a autoetnografia é criticada por ser muito artística e não científica, ou por ser muito científica e não artística o suficiente.

A autoetnografia não é comum no campo da Psicologia Social, sendo considerada por Gergen e Gergen (2011) como um dos métodos das investigações performáticas ou performativas. Essa ausência da autoetnografia no campo da Psicologia Social me fez investir ainda mais nas contribuições da antropologia, buscando refletir, a partir dos desenhos da minha experiência de enferma em relação às dimensões psicossociais, raciais e de gênero, na perspectiva da Psicologia Social Construcionista/Pós-Construcionista.

Em *180º: minhas reviravoltas com o câncer de mama*, Dulce Ferraz e colaboradores (2022) escrevem sobre seu processo de tratamento de câncer de mama enquanto morava na França, quando tinha apenas 36 anos, adotando a autoetnografia como método (Ferraz, 2017). Método já bem conhecido por Fabiene Gama (2020), da área da antropologia audiovisual, que também escreveu uma autoetnografia sobre as tensas negociações com a equipe médica que a

acompanhou a partir do seu diagnóstico de esclerose múltipla. Fabiene Gama (2020, p. 206) sintetiza, a seguir, as contribuições de autoetnografias no campo da Saúde:

> neste sentido configuram ferramentas de grande importância na construção de debates no campo em que diferentes perspectivas podem ser confrontadas e avaliadas, tanto na academia quanto no campo das políticas públicas e mesmo de pacientes e do público em geral que, eventualmente, busquem mais informações, ou simplesmente informações mais acessíveis sobre os temas trabalhados. Como forma de divulgação científica, ela traz uma peculiaridade interessante: é capaz de divulgar conhecimentos mobilizando emoções nas leitoras a fim de engajá-las de forma afetiva (ou mesmo afetada) no tema abordado.

Eu escolhi o estilo de Nastassja Martin (2021), no livro *Escute as feras*, no espírito da escrita e me inspirei nos quadrinhos do livro de Dulce Ferraz (2017), como disse nas linhas precedentes. No finalzinho da escrita, encontrei o texto de Nguyen (2018), que não é autoetnografia, mas contém desenhos que ela mesma produziu, além de solicitar às suas informantes que desenhassem as suas experiências de mulheres com síndrome do intestino irritável, considerando as repercussões em seus relacionamentos íntimos. Eu devorei o livro de Nastassja, que li primeiro do que o de Dulce e já tinha desenhado todo o meu processo de saúde-doença-cuidado. Essas mulheres me indicaram um caminho para um dos tipos de "autoetnografia" que eu não encontrei nos excelentes artigos citados (no entanto, boa parte publicado em revistas que exigem um formato clássico canonizado), mais "viável" com o material de que eu dispunha: desenhos autorais decorrentes de processo terapêutico e cujo "trabalho de campo" não só já estava feito, como não foi planejado.

As autoetnografias podem ser assim muito espontâneas, sem controle das pesquisadoras, sem um projeto de pesquisa definido

previamente? Podem, desde que sejam consistentes e respostas a algumas premissas apresentadas. Possivelmente, um produto acadêmico mais difícil de "aceitar" como científico nos cânones clássicos, porque é um texto "inocente", aparentemente inócuo e destituído de segunda intenção. Por que inocente? Por que é emotivo, sem citações de autores(as) a cada oração escrita, por ser escrito na primeira pessoa do singular, por não ter uma seção específica de método e as divisões clássicas de resultados, discussões e conclusões? Para determinadas finalidades, os textos autonarrativos são pontos de partida para as comunicações científicas, que podem a vir a compor trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, artigos e capítulos de livros etc. Para cada um desses produtos haverá princípios a cumprir.

Escute as feras é uma etnografia (Nastassja não nomeia seu texto de autoetnografia), um texto profundo, um grito do início ao fim, uma história vivida na pele de uma antropóloga em sua experiência de ser ela a "nativa", ao contar também a história do evens, um povo do Grande Norte, da Sibéria. Ela oferece a cara, literalmente transfigurada pelo encontro com um urso, como o palco para reflexões tão profundas sobre a cultura desse grupo em um cenário gelado da Sibéria Russa (Martin, 2021).

A antropóloga, depois de recuperar-se na França, volta ao cenário trágico, porém afetivo da Sibéria, revê seus(suas) amigos(as)/informantes e decide subir a montanha, onde fica a sua casa, para fazer o que se deve fazer por ser antropóloga: escrever (Martin, 2021). No livro, que li três vezes, não encontrei indícios de que Natassja tenha desenhado, mas fantasiei que sim. O que nós, psicólogas sociais, podemos fazer partindo das nossas próprias autonarrativas para além, e não menos importante, de nos curar? Natassja e Dulce tinham principalmente suas memórias para escreverem suas autoetnografias, mas tudo indica: tinham anotações em diários. A primeira, possivelmente por hábito, porque é uma estratégia peculiar à sua área, a outra,

incentivada por uma amiga. Dulce teve a brilhante ideia de solicitar a uma artista para fazer os quadrinhos da sua história. Eu tinha minhas memórias expressas em desenhos. Esse foi um ponto, nem de chegada nem de partida, mas um ponto fundamental para defender o que veio a tornar-se minha tese para professora titular (Lima, 2023).

O que é autoetnografia psicossocial por desenhos autorais da pesquisadora?

Relato as minhas experiências sobre o processo de saúde-doença-cuidado após precisão do diagnóstico de carcinoma invasor na mama direita, cujo processo se iniciou antes, com as imagens da mamografia digital e do ultrassom das mamas, e intensamente depois, quando comecei as sessões de radioterapia. Quando decidi escrever um livro para compartilhar academicamente, convidei mais algumas pessoas que passaram pelo câncer de mama, e outra que cuida de mulheres nessa condição. Entre essas mulheres, uma que cuidou da sua própria mãe, que foi a óbito em decorrência da enfermidade (ver capítulos anteriores). Eu não estive sozinha e no registro acadêmico quis manter presenças.

Essas autonarrativas sobre câncer de mama dizem sobre as experiências singulares de mulheres, dentro de um contexto sociocultural específico, marcado pelo pertencimento racial complexo soteropolitano, como discutido por Eliane Silvia Costa[1] – com alto grau de escolaridade, condição econômica favorável, ou seja, fora do rótulo de mulheres em vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 2003), e que fizeram seus tratamentos em rede privada de saúde. Esses marcadores sociais não só nos colocam fora da noção de vulnerabilidade, como também remetem à teoria de

[1] Ver Capítulo 10, neste livro, da referida autora, com título "Quando se quebra o instituído ou acerca de ser uma pessoa branca mestiça".

privilégios simbólicos e materiais em relação ao pertencimento racial (Bento, 2014), que possibilitam que tenhamos acesso ao cuidado à saúde de modo diferencial a outras mulheres (pardas ou negras), que têm suas trajetórias de des(cuidado) em comum. Ao resgatar a crítica de Maria Aparecida Bento, tenho como premissa que: "talvez possamos ainda problematizar a noção de privilégio com a qual as pessoas raramente querem se defrontar, transformando-a rapidamente num discurso de mérito e competência que justifica uma situação privilegiada, concreta ou simbólica" (Bento, 2014, p. 46).

Além de nos advertir que mérito e competência não explicam que tenhamos tamanha desigualdade de acesso à saúde, Bento (2014) faz uma síntese sobre a complexa relação entre classe social e raça, que transcrevo a seguir, para superar o pacto narcísico de explicar o direito à saúde apenas quanto à classe social:

> evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio. Mesmo em situação de pobreza, o branco tem o privilégio simbólico da brancura, o que não é pouca coisa. Assim, tentar diluir o debate sobre raça analisando apenas a classe social é uma saída de emergência permanentemente utilizada, embora todos os mapas que comparem a situação de trabalhadores negros e brancos, nos últimos vinte anos, explicitem que entre os explorados, entre os pobres, os negros encontram um déficit muito maior em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação, no trabalho. A pobreza tem cor, qualquer brasileiro minimamente informado foi exposto a essa afirmação, mas não é conveniente considerá-la. Assim o jargão repetitivo é que o problema limita-se à classe social. Com certeza este dado é importante, mas não é só isso (Bento, 2014, p. 27).

Em nossas autonarrativas apresentadas na primeira parte do livro, usando o desenho, a música ou o verbo, há sofrimento, como também relatam as demais mulheres com câncer de mama que vivenciam o diagnóstico e os tratamentos. No entanto, diferente delas, nós,

não negras, sofremos em circunstâncias inevitáveis. Podemos fazer mais exames periódicos com frequência, podemos obter diagnósticos precocemente, podemos iniciar tratamentos brevemente, podemos criar uma rede material de cuidado. Não nos falta sofrimento, tampouco nos falta cuidado.

Nessa direção, Ana Cabral e colaboradores (2019), que se ocuparam de relacionar a incidência, o diagnóstico e o tratamento de câncer de mama em relação ao pertencimento racial, distinguem cinco perfis: A (raça/cor branca; escolaridade ≥ 15 anos; tratamento rede privada); B (raça/cor branca; escolaridade = 11 anos; tratamento Sistema Único de Saúde/SUS); C e D (raça/cor parda; escolaridade = 11 anos e < oito anos, respectivamente; tratamento SUS); E (raça/cor preta; escolaridade < oito anos; tratamento SUS). Os perfis B (raça/cor branca; escolaridade = 11 anos; tratamento SUS), C e D (raça/cor parda; escolaridade = 11 anos e < oito anos, respectivamente; tratamento SUS) e E (raça/cor preta; escolaridade < oito anos; tratamento SUS). Tais perfis foram associados a maiores intervalos diagnóstico/tratamento independentemente do estágio do câncer no diagnóstico, sendo que E apresentou uma chance 37 vezes maior de intervalo > 91 dias.

Não se trata da rede de saúde privada (gerenciada por administradoras de saúde) ser melhor que o Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos e encontramos histórias de tratamento muito exitosas no SUS, o maior responsável pela oferta de procedimentos de saúde no Brasil. No entanto, alguns estudos, como o de Ana Cabral e colaboradores (2019), alicerçam os referidos argumentos sobre o impacto do câncer de mama em mulheres pretas e pobres. Nesse particular, parafraseando Maria Aparecida Bento (2014), o processo saúde-doença-cuidado tem cor.

A autoetnografia psicossocial por desenho autoral (porque feito por mim, não só por partir de uma experiência pessoal, senão por ser a pesquisadora desenhando) tem a intencionalidade de fazer uma crítica sociorracial e politicamente orientada de um fenômeno no campo da Psicologia Social. O psicossocial é um termo limitante, mas tem a

vantagem de ser sintético, demarca a minha afiliação à Psicologia Social, no âmbito do movimento construcionista e/ou pós-construcionista (Ibañez, 2003; Íñiguez-Rueda; Martínez-Guzmán; Flores-Pons, 2011; Spink, 2010, 2013), e o reconhecimento à tradição antropológica de realizar uma leitura cultural a partir de descrições densas (Geertz, 1989) e/ou autoetnográficas (Ellis; Adams; Bochner, 2011) sem, no entanto, deixar de invocar a minha própria perspectiva teórica. Por sua vez, a leitura "psicossocial" não me permite a afirmar nada a partir da chance matemática de ocorrência de um acontecimento, e sim a plausibilidade dos efeitos das relações raciais e de classe social no processo saúde-doença-cuidado. Para tanto, tomo de empréstimo a noção de Ricardo Ayres e colaboradores (2003) de plausibilidade: "plausibilidade construída com base na constância lógica, na coerência empírica e na evidência prática de uma certa relação partes-todo, nem sempre demonstráveis em termos probabilísticos, mas sempre passíveis de contra-argumentação lógica, empírica e prática" (Ayres *et al.*, 2003, p. 128).

Inicialmente, tomei como ponto de partida as contribuições sobre o desenho na antropologia, que é visto como um processo, uma metodologia de investigação, uma forma de apresentar resultados ou as duas coisas: "o desenho pode ser entendido como um processo, uma maneira de pensar, observar, conhecer, descrever e revelar menos comprometido como o resultado final – como mostram Ingold e Taussig", como aponta Aina Azevedo (2016a, p. 24). Nesse sentido, o desenho é um dos regimes de visualidade (Azevedo, 2016b, p. 21), ou seja, proveniente, às vezes, de um rascunho muito precário em um caderno de campo, onde há anotações, lembranças, fragmentos de textos teóricos e agenda acadêmica pessoal ou mesmo imagens que vamos criando para não nos esquecermos da sua importância em todo o processo de investigação em nome de outros meios de registros (quadros, tabelas, escritos, números etc.) mais confiáveis em nossa tradição científica da Psicologia.

Nessa perspectiva, aposto no desenho (não só o que eu faço) como um modo de garantir o rigor metodológico, uma vez que ele, o desenho, também pode auxiliar na descrição das etapas da pesquisa, delimitação do tema, decisões e ajustes metodológicos, processo de produção das informações e interpretações, e ampliar o diálogo, dentro e fora da comunidade acadêmica, como sugerem Mary Jane Spink e Helena Lima (2013, p. 80). O desenho soma-se a outras estratégias de visibilidade (linhas narrativas, mapas dialógicos, árvores etc.), que já utilizamos em nossas pesquisas na abordagem das práticas discursivas e produção de sentidos (Spink, 2013).

Por fim, em relação à minha contribuição específica sobre o uso do desenho autoral como processo de produção do conhecimento, na autoetnografia psicossocial (Lima, 2023), compartilho com Megan Nguyen (2018) que ele é um método que não se resume à coleta de dados ou à produção da informação, e que avança no campo das metodologias baseadas em arte na pesquisa em saúde como ferramenta de análise na área de Psicologia Social.

Referências

ALEGRE-AGÍS, E.; FERNÁNDEZ-GARRIDO, S. (ed.). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (I)*: perspectivas feministas en la investigación en salud. Tarragona: URV, 2019.

AYRES, J. R. de C. M. *et al*. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-140.

AZEVEDO, A. G. Um convite à antropologia desenhada. *METAgraphias*: Metalinguagem e outras figuras, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 194-208, mar. 2016a. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/metagraphias/article/view/50/31. Acesso em: 15 mar. 2022.

AZEVEDO, A. G. Desenho e Antropologia: recuperação histórica e momento atual. *Cadernos de Artes e Antropologia*, Salvador, v. 5, n. 2, p. 15-32, 2016b. DOI: 10.4000/cadernosaa.1096. Disponível em: https://journals.openedition.org/cadernosaa/1096. Acesso em: 15 mar. 2022.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENCO, M. A. S. (org.). *Psicologia social do racismo*: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 25-58.

BRILHANTE, A. V. M.; MOREIRA, C. Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. *Interfac*: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1099-1113, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622016.0130. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/8S9dbpbvtbgrn34bZFnKZSF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 mar. 2022.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 613-622, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182 42.31672016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/z5mz8Tp7w56HXHycNX6pdZp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 6 jun. 2022.

ELLIS, C. *Final Negotiations*: A Story of Love, Loss, and Chronic Illness. Philadelphia: Temple University Press, 1995.

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnography: an overview. *Forum*: Qualitative Social Research, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 1-18, Jan. 2011. DOI: 10.17169/fqs-12.1.1589. Disponível em: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1589/3096. Acesso em: 3 abr. 2021.

FERNÁNDEZ-GARRIDO, S.; ALEGRE-AGÍS, E. (ed.). *Autoetnografìas, cuerpos y emociones (II)*: Perspectivas feministas en la investigación en salud. Tarragona: URV, 2019.

FERRAZ, D. Saberes em diálogo: auto-etnografia sobre escolhas terapêuticas no tratamento de um câncer de mama em estágio inicial. *In*: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, 2., 2017, Brasília, DF. *Anais* [...]. Brasília, DF: UnB, 2017. p. 567-578.

FERRAZ, D. *et al*. *180°*: minhas reviravoltas com o câncer de mama. Rio de Janeiro: NAU, 2022.

GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla1 Autoethnography as a creative method: experimentations with multiple sclerosis. *Anuário Antropológico*, Brasília, DF, v. 45, n. 2, p. 188-208, maio/ago. 2020. DOI: 10.4000/aa.5872. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/33792/27363. Acesso em: 2 mar. 2022.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GERGEN, K. J. A autonarrativa na vida social. *In*: GERGEN, K. J. *Realidades y relaciones*: aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós, 2011. p. 231-258.

GERGEN, M. M.; GERGEN, K. J. Performative Social Science and Psychology. *Forum:* Qualitative Social Research, [*s. l.*], v. 12, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1595/3106. Acesso em: 15 mar. 2022.

IBAÑEZ, T. La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas). *Política y Sociedad*, Madrid, v. 40, n. 1, p. 155-160, 2003. Disponível em: https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0303130155A/23709. Acesso em: 4 maio 2021.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. Os fundamentos da análise do discurso. *In*: ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. (coord.). *Manual de análise do discurso em ciências social*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 50-104.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L.; MARTÍNEZ-GUZMÁN, A.; FLORES-PONS, G. El discurso en la psicología social: desarrollo y prospectiva. *In*: OVEJERO, A.; RAMOS, J. (coord.). *Psicología social crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2011. p. 98-116.

LIMA, M. *Tempo e silêncio na contemplação*: desenho autoral nas pesquisas em Psicologia social construcionista. 2023. Tese (Professora titular) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

MARTIN, N. *Escute as feras*. São Paulo: Editora 34, 2021.

MUÑOZ, J. G. Las claves de la auto-etnografia como método de investigación en la práctica social: conciencia y transformatividad. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, [*s. l.*], v. 3, p. 130-134, 2017.

MUÑOZ, J. G. El valor de la auto-etnografia como fuente para la investigación social: del método a la narrativa. *Azarbe*: Revista Internacional de trabajo social y bienestar, Murcia, n. 3, p. 237-242, 2014. Disponível em: https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198691/161851. Acesso em: 2 abr. 2021.

NGUYEN, M. The Creative and Rigorous Use of Art in Health Care Research. *Forum*: Qualitative Social Research, [*s. l.*], v. 19, n. 2, p. 1-21, 2018. DOI: 10.17169/fqs-19.2.2844. Disponível em: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2844/4226. Acesso em: 2 abr. 2021.

PAPIN, S. Autoetnografía de una vivencia CODA, Children Of Deaf Adult. *Quaderns de Psicologia*, Barcelona, v. 23, n. 1, p. 1-21, 2021. DOI: 10.5565/rev/qpsicologia.1714. Disponível em: https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v23-n1-papin/1714-pdf-es. Acesso em: 5 fev. 2022.

RAIMONDI, G. A. *et al.* A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1-13, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00095320. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/QpHzDBkR6cLpWjttVfxm7LP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 2 abr. 2022.

SCHUCMAN, L. V. *Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"*: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. São Paulo: Annablume, 2014.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção de sentido no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro. Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. *In*: SPINK, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 50-78.

SPINK, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 50-78.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo en psicología social: uma perspectiva pós-construccionista. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, jul./dez. 2003. DOI: 10.1590/S0102-71822003000200003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/nSkXqD7jKvgdrTFYGmTF8gP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 4 mar. 2019.

WALL, S. An autoethography on learning about autoethnography. *Internacional Journal of Qualitative Methods*, [*s. l.*], v. 5, n. 2, p. 146-160, 2006.Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940690600500205. Acesso em: 2 abr. 2022.

A arte desvela a alma, um olhar gestáltico

Maria Alice Queiroz de Brito
(Lika Queiroz)

Traça a reta e a curva,
a quebrada e a sinuosa
Tudo é preciso.
De tudo viverás.
Cuida com exatidão da perpendicular
E das paralelas perfeitas.
Com apurado rigor,
Sem esquadro, sem nível, sem fio de prumo,
traçarás perspectivas, projetarás estruturas.
Número, ritmo, distância, dimensão.
Tens os teus olhos, o teu pulso, a tua memória.
Construirás labirintos impermanentes
que sucessivamente habitarás.
Todos os dias estarás refazendo o teu desenho

(Meireles, 2001, p. 1455-1456).

Sentei-me na varanda, olhando o pôr do sol para me inspirar. Aquela paisagem de cores me foi trazendo as imagens dos desenhos de Mônica e dei-me conta de que não precisava buscar inspiração, pois seus relatos, seus desenhos penetravam meus poros e me envolviam em um mundo mágico... "Mundo mágico?", perguntei-me ao me escapar essa expressão. "Sim", minha alma responde, emocionalmente impactada. Volto e releio seus desenhos e escrita, e me pergunto como, no universo cinzento dos diagnósticos, salas de cirurgia e tratamentos, a dor e a surpresa se transformaram em uma expressão criativa de rara beleza.

> Além de sentir a angústia de ver e saber sobre secreções que o corpo produz para se recuperar, porque sente a presença de algo estranho e reage a ele, eu comecei a pensar nas modificações gerais que sofreria com os tratamentos preventivos complementares (radioterapia e medicamentos, no meu caso, porque há muitos outros). A Figura 4 veio disso, da capacidade de imaginar como seria antecipar quimicamente o climatério, inibir a produção de estrógeno, por uso de tamoxifeno (Lima, 2026, p. 27-28)[1]

Uma sabedoria nasceu do fundo, desse campo misterioso do vazio fértil e do fluxo espontâneo e criativo do Self[2] funcionando como Id[3], formas e cores foram brotando no papel. "Pois o que ocorre ao ser humano comprometido em uma série de interações onde está

[1] As citações de Lima neste capítulo referem-se aos fragmentos do Capítulo 1 desta coletânea, intitulado "Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu", de Mônica Lima (Molije).

[2] "Self, como função, significa que é uma habilidade. [...] é a habilidade do organismo animal humano de estar em contato, [...] habilidade de funcionar espontaneamente, ajustando à novidade da situação presente" (Spangnuolo, 2002, p. 55-56, tradução nossa).

[3] "O dado da situação, o que surge quando faço parte da minha situação, quando a interação do meu ambiente e eu está corporalmente presente. [...] É a *awareness* corporal global de como uma situação está, implicitamente, carregada de sentido" (Wollands, 2018, p. 142, tradução nossa).

implicado em e com o em torno? [...] O que lhe ocorre nesse momento de vazio fértil onde tudo é possível de novo?" (Delacroix, 2009, p. 257, tradução nossa). Mergulhando em um universo de interações ameaçadoras, por vezes desagradavelmente esclarecedoras, do vazio fértil algo começa a se delinear como figura, imagens diversas que, aos poucos, foram construindo sentidos, como um tear onde os diferentes fios vão se entrelaçando e significados vão surgindo. "Meu ser habita os desenhos. Nos desenhos mais do que em cores e formas me derramei e escorreguei em sentidos, emoções e descobertas, que só ter um tumor pode despertar. Eles compõem agulhas de marear: bússolas" (Lima, 2026, p. 23).

Quem estou sendo, como me sinto, existindo nesse universo de incertezas, de questionamentos que leio, nas entrelinhas das palavras, nas sombras entre as cores, nos detalhes e movimentos que brotam das telas. Como bússolas, as imagens vão guiando essa navegante pelos mares ora revoltos, turbulentos, ora calmos, trazendo a esperança de que, em algum momento, irá encontrar um porto onde atracar.

Para nós, Gestalt-terapeutas, sentir-se existindo é um processo que passa pelo corpo, por meio da relação com o campo e do encontro com o outro. E quem é esse outro que, de repente, irrompeu dentro desse corpo, forçando Mônica a com ele dialogar, negociar, ressignificando-se enquanto identidade? Nós consideramos que a identidade é a capacidade que temos, como humanos, para nos experimentarmos, nos definirmos frente ao outro e às circunstâncias oferecidas no e pelo mundo. Não é algo fixo, sendo construída na complexidade dos encontros da vida, e que vai se transformando com as experiências.

A arte é uma linguagem, ou seja, uma forma de comunicação onde, através de uma expressão simbólica, o não dito se revela. A expressão artística cria o espaço para as diferenças se unirem em uma estética, como uma oração sacralizando o tempo e o espaço; expressão que abarca a pessoa do artista, suas relações e a cultura onde está inserido/da em uma Gestalt, uma totalidade significativa que

integra o todo e as partes, comunicando o aqui e agora da existência de quem a criou. A arte é a possibilidade, não apenas, da reconciliação com o vivido a partir do contato com o material que se está utilizando, das emoções que eclodem no processo criativo, bem como da descoberta e apropriação da capacidade para criar. Essa *awareness*[4] facilita que o artista se aproprie do seu poder criativo na vida, usando sua habilidade para renovar-se, criar outras possibilidades de existência. De acordo com Ciornai (2021, p. 18), "[...] ao ordenar, dar forma e estruturar esses diferentes elementos, ele também ordena e estrutura suas emoções, percepções, mitos, introjetos, desejos etc.". Desse modo, podemos pensar como é terapêutico o processo artístico. Imagino que fique claro para o leitor desta obra como a produção artística de Mônica e suas reflexões sobre ela mesma tiveram um caráter terapêutico para ela.

> Num fino traço/ faço o perfil de ninguém./ Quem quer ser alguém/ nesta vida sombria/ parida com sangue e papel?/ Mas no círculo que traço,/ o nariz, os cinco dedos na ponta do braço,/ donzela esguia ou boneco de engonço,/ limito um novo ser: e me abraço/ a mim, no poder de gerar um sinal/ que instaure no nada um todo possível (Luft, 1992, p. 25).

Como Gestalt-terapeuta, acredito na capacidade de nos autorregularmos, na sabedoria organísmica de se buscar a melhor forma para nos mantermos vivos, para mantermos o equilíbrio possível nessa relação de campo organismo-ambiente. Somos seres para a saúde, saúde entendida como possuir "habilidades para lidar eficazmente com qualquer situação que se apresente no aqui agora, alcançando uma resolução satisfatória de acordo com a dialética formação e destruição de *gestalten*" (Latner, 1996, p. 53, tradução nossa). Portanto, saúde pres-

[4] "Um processo pelo qual me torno consciente de minha própria consciência, aqui e agora, no mundo" (Ribeiro, 2006, p. 74).

supõe criatividade, afirma Ciornai (2004, 1995). Ambas, criatividade e saúde, estão profundamente ligadas, porque a vida está, constantemente, convidando-nos a buscar nossos recursos para lidar, criativamente, com seus desafios. O ato criativo é uma necessidade básica do organismo (Zinker, 2007), assim a arte, como manifestação mais pura da criatividade, é um recurso para a saúde ao possibilitar a expressão de emoções, sentimentos que as palavras não conseguem descrever naquele momento, um retrato do nosso eu, nas suas infinitas camadas.

> Tudo parecia tão centrado nos seios, mas mergulho em uma profusão de tons amarelados ao redor dos ovários, das trompas, do útero (Figura 3). Dizendo para mim mesma 'há muito mais coisa acontecendo por aqui e que você não vê, mas precisa se inteira'. Comecei usar um medicamento, em 01 de dezembro de 2020, em meio ao tratamento de radioterapia, um dia depois da primeira sessão. Então, o que viria acontecer em dois anos ou mais em relação ao climatério/menopausa, começou acontecer naquele exato momento. Estes sentimentos estão expressos em 'Lidando com o feminino' (Lima, 2026, p. 30)[5].

Segundo Zinker (2007, p. 43), "o processo criativo existe como uma gangorra entre, de um lado, a base vivencial do que existe e, de outro, o salto comportamental para um contato com territórios desconhecidos". Assim vejo o processo de Mônica: de um lado a realidade do que ela estava vivendo; do outro seu salto para o território até então desconhecido do desenho.

> Um dia antes da primeira sessão de radioterapia, sentada na minha escrivaninha, peguei duas folhas de papel A4 e dividi cada folha em oito partes. Por que fiz isso? Não sei dizer – e não vou buscar motivos racionais, em dezembro de 2020. Decidi naquele

[5] Figura 3 – Lidando com o feminino (dez. 2020).

> instante que iria desenhar algo que me viesse à cabeça toda vez que eu terminasse uma sessão de radioterapia (Lima, 2026)[6].

Em um processo de dominação espontânea[7], Mônica foi encontrando a luz que traria um pouco de suavidade e conforto para a estrada tão árida que começou a percorrer. Nos seus desenhos, o fundo ia sendo concretizado à medida que ia emergindo como figura. Encontro, nas palavras de Delacroix (2009, p. 253, tradução nossa), a descrição dessa autorregulação organísmica expressa em cada desenho: "o fundo e a forma estão de acordo, unidos, porém cada um tem a sua originalidade, e sua própria forma. E, não obstante, na interação que os religa, configuram um conjunto único, fixo e móvel de cada vez", fixo na concretude da tela e móvel no seu fluxo de produção. Sim, tela, porque para mim cada desenho é uma tela, um quadro que me convida a reflexões, intuir significados, afetada com a combinação de formas e cores que vão traduzindo o seu vivido.

As imagens que iam emergindo do seu fundo de vividos eram metáforas que, simbolicamente, iam descrevendo cada momento. Nesse fluxo, Mônica foi podendo se olhar, cada tela um espelho a desnudar a sua saga, possibilitando-lhe *insights*; não apenas lhe trazendo uma compreensão sobre cada trecho dessa jornada como também lhe possibilitando, em cada imagem, traço, cor, descarregar suas emoções e sentimentos, evitando que ficassem interrompidas, situações inacabadas que, em algum momento, poderiam lhe assombrar.

> Há uma sequência de desenhos de órgãos humanos, que não apresento aqui, por economia de espaço, que eu ia desenhando

6 Figura 1 – Oito primeiras sessões de radioterapia (2 dez. 2020). Na página 24 deste livro.

7 Dominação espontânea é o primeiro julgamento que o organismo faz; o que emerge como figura em um funcionamento livre é a necessidade hierarquizada como mais urgente no momento, para o resgate da homeostase. É um ato de preferência do organismo total.

> separadamente, como se fosse me dando conta deles aos poucos, das vísceras, do interno, abusando das cores básicas e intensas. O amarelo no fundo me remetia à energia, luz e transformação. Em pouco tempo já podia juntar estes órgãos humanos que me vinham separados (Figura 4), como se eu, aos poucos, fosse dando forma a um corpo integrado e inteiro. Minha estrutura longilínea, ossuda, vai descobrindo mamas, intestinos, pulmões, útero, trompas e ovários. Meu apaixonamento por ossos camuflava em mim mesma os órgãos e as vísceras. Mas a presença de cabeças enormes e coloridas ainda anunciava a marca constante desse período de difícil aceitação de mudanças rápidas e apelos de síntese (Lima, 2026, p. 23)[8].

Entro e saio dessa estrada, meus olhos buscam as telas, suas descrições... Cada vez algo diferente salta como figura, será que eu deixei passar esse desenho, perdi algum trecho da descrição? Narrativas simbólicas onde, a partir dos seus elementos, as cenas vão compondo uma Gestalt a me falar de emoções e sentimentos. Na verdade, minha subjetividade me trai, cada contato é novo, porque eu já não sou a mesma, trago na bagagem meus atravessamentos que ficam como pano de fundo e, por ressonância, interferem no meu aqui agora. Nas imagens as tensões espaciais dialogam com quem as olha, no fundo. As tensões emocionais se tornam visíveis nos contrastes. "Na arte [...] nunca se trata de abolir as tensões existentes e sim de compensá-las. [...] A sublimação na arte intensifica a experiência em toda a sua plenitude e vitalidade, nunca a diminui" (Ostrower, 1998, p. 185).

> Abro a gaveta e salta uma palavra:/ dança sedutora sobre o meu cansaço,/ veste-se de indefinições, retorce-se do viver em/ no labirinto das ambiguidades./ Tento uma geometria que a contenha/ no espaço entre dois silêncios quaisquer./ Mas ela inventa o que

[8] Figura 4 – Ser múltipla não é ter três corpos (20 jan. 2021). Na página 36 deste livro.

> faço: peso de fruta/ no sono da semente, assiste à minha luta,/ belo enigma. Eu, mediação incompetente (Luft, 1992, p. 61).

"O processo criativo é o processo de mudança, desenvolvimento e evolução na organização da vida interior", reflete Ghiselin (1955, p. 12). Que honra poder seguir os passos desse caminho, cujo ponto de partida é uma dor de surpresa convocando mudanças inadiáveis, a vida se manifestando no imprevisível do instante, sem dó nem piedade, trazendo Mônica para essa estrada que ela não escolheu. Mas como diz Ribeiro (2014, p. 15): "viver é transgredir, é ultrapassar o sabido, o esperado, o intuído, viver é estar sempre à procura emocional e emocionada de novas formas". É também ultrapassar o não sabido, o inesperado, apenas organicamente intuído e manifestado na busca do resgate da homeostase. E isso é o que os desenhos foram me contando, um caminho tortuoso, acidentes no percurso, trechos interrompidos para serem retomados mais adiante, paradas nas bordas de abismos que de repente apareciam, pequenas clareiras trazendo um pouco de refrigério para essa caminhante.

> Eu tive que ir junto com o corpo, vasculhar a casa, dormir com as aranhas, acompanhar as formigas, cumprimentar a lagartixa, até chegar ao ponto de desejar ter um gato. Preto Pires, o gatinho, ficou comigo em uma única noite de tormento. Com este novo tipo de escuta, desde o início de 2020, já havia me acostumado com uma performance, a performance do sonho, das imagens, da respiração, da pulsação, mais que isso, senti no corpo as sensações inconscientes, não interpretá-las, e sim, senti-las. Esse convite foi aceito pelo meu estado de transformação do corpo inteiro, pelo meu inconsciente, muito antes deu me dar conta, arando a terra íntima, ele me preparando para lidar com o câncer (Lima, 2026, p. 36)[9].

[9] Figura 5 – "Humanidade somática": sonho, corpo e mudanças (4 abr. 2021). Na página 37 deste livro.

Percebi-me como testemunha dessa peregrinação, perplexa com a coragem desse desnudar da alma peregrina. Em alguns trechos precisava pausar, tempo de descansar para assimilar trechos tortuosos desse caminho. Em outros, a brisa chegava de mansinho e vinha o desejo de seguir adiante, testemunhar as mudanças que iam acontecendo. Um testemunho fenomenológico, onde, a cada passo, percebia-me cuidando do *epoché*, tentando colocar entre parênteses os *a priori* que me vinham dos contatos anteriores. Suspendendo minhas expectativas e assunções, tentava focalizar, no dado primeiro da experiência, o que me estava sendo revelado em uma doação originária, a entrega de me colocar aberta à experiência imediata de cada trecho do caminho. Um estado especial de consciência com gosto de eternidade e mistério, em um movimento que "embora suporte o olhar estreito do primeiro plano linear e concreto, pode, silenciosamente, ir abrindo-se em direção a um quadro maior" (Cohen, 2001, p. 118, tradução nossa), o desnudar da alma. Parafraseando Beatriz Cardella pude, então, testemunhar o alcançar da abertura, sustentação e desnudamento na instabilidade e na precariedade da condição humana, restaurando em Mônica a condição de peregrina e caminhante, engajada na incessante obra de ser si mesmo, cocriando o mundo e o próprio destino (Cardella, 2017, p. 57):

> uma das primeiras (Figura 8) tinha a ver com as mãos da cirurgiã e, principalmente, da fisioterapeuta, porque sempre acompanhei seu tratamento em vigília. Fiz minhas mamas entre as mãos de quem me cuidava ou fiz olhos de coruja que guiam mãos ou desenhei os meus próprios olhos assustados de aprendiz de todo um processo que se intensificava (Lima, 2026, p. 51)[10].
>
> Meu tratamento radioterápico foi tranquilo do ponto de vista físico, mas, aos poucos, fui me dando conta de quanto as faciais são afetadas, como sentimos a rigidez e inflexibilidade em

[10] Figura 8 – Mãos sábias que curam. Na página 52 deste livro.

> toda região radiada. Durante e depois das 16 sessões, fiz muitas imagens que buscavam sínteses em relação à radioterapia e aos efeitos físicos e emocionais em mim (Lima, 2026, p. 55).[11].

Para a Gestalt-terapia, a realidade é sempre uma realidade para uma consciência, uma realidade significada pela subjetividade de quem a olha. O observador, ao dar o seu significado no instante do contato, imprime sua subjetividade na obra de arte, leituras que fazem parte do seu vivido. Nesse espaço imponderável do "entre", *locus* do contato, ambos – contatante e contatado – saem transformados. Como diz Ribeiro (2014, p. 15), "a obra do artista é sempre inacabada, porque os olhos do observador completam sua obra ao lhe dar uma 'nova forma' a partir da subjetividade de quem a contempla". Eu me sinto transformada. E as telas? Não sei, só sei que elas continuarão como um testemunho de um recorte no tempo. Seguindo na vida, Mônica/Molije talvez traga traços, imagens diferentes, fruto desse contato.

> Depois disso, o que poderia fazer era seguir a vida. De volta ao trabalho. Poderá ser como antes? E é isso que eu quero, que seja como antes? Precisava de novos rumos, de uma bússola menos viciada, precisa para navegar na imprecisão da vida. Hora de lidar com todas as imagens que produzi, decidi escrever o que se passou comigo. Elas não podem me deixar esquecer, não podem me deixar ignorar... posso seguir desenhando (Lima, 2026, p. 55).

Chega até mim, no ruido do vento, a poesia de Graciela Cohen (2001, p. 173-174, tradução nossa): "transformar/a lembrança em memória/ a expectativa em esperança/ no coração/ da confusão à eleição/ da angústia ao saber de dentro/ na inteligência aliança renovada/ memória viva/ imaginação criativa/ na alma".

[11] Figura 10 – Transformações velozes. Na página 54 deste livro.

Vem-me à mente o título de um livro de Susan Bello, *Pintando sua alma: método de desenvolvimento da personalidade criativa*. Um quentinho no coração, um certo estado de encantamento me invade e sinto-me privilegiada por ter podido acompanhar o desvelar de uma alma que me é muito querida. Entrando na magia de um tempo sem tempo, envolta em cores e palavras, fui, profundamente, tocada por cada porta que se ia abrindo, meu corpo ressoando com cada susto, cada dor, cada esperança, a coragem de uma alma guerreira que foi capaz de fazer "[...] a mágica de transmutar tudo, até mesmo o feio, o escuro, o descartado e o doloroso, em uma tapeçaria rica, inigualável, de singular beleza, [...] ressignificando a história" (Juliano, 1999, p. 94).

Referências

CARDELLA, B. H. P. Relação, atitude e dimensão ética do encontro terapêutico na clínica gestáltica. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2017. p. 11-27.

CIORNAI, S. Arte-terapia: o resgate da criatividade na vida. *In*: CARVALHO, M. M. de (coord.). *A arte cura?*: recursos artísticos em psicoterapia. Campinas: Psy, 1995. p. 55-82.

CIORNAI, S. Arteterapia: recurso milenar que se consolida como prática terapêutica. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. *Recursos criativos em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2021. p. 59-63.

CIORNAI, S. (org.). *Percursos em arteterapia*: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia. São Paulo: Summus, 2004.

COHEN, G. *Un camino real*: vida y terapia según el enfoque gestáltico. Buenos Aires: Luz de Luna, 2001.

DELACROIX, J-M. *Encuentro con la psicoterapia*: una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad en la paradoja de la vida. 2. ed. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2009.

GHISELIN, B. *The creative process*. 2. ed. Nova York: Mentor, 1955.

JULIANO, J. C. *A arte de restaurar histórias*: o diálogo criativo no caminho pessoal. São Paulo: Summus, 1999.

LUFT, L. *Mulher no palco*. 5. ed. São Paulo: Summus, 1992.

MEIRELES, C. *Antologia poetica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

OSTROWER, F. *A sensibilidade do intelecto*: visões paralelas de espaço e tempo na arte e na ciência: a beleza essencial. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

RIBEIRO, J. P. Prefácio. *In*: ALVIM, M. B. *A poética da experiência*: gestalt-terapia, fenomenologia e arte. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 11-15.

RIBEIRO, J. P. *Vade-mécum de gestalt-terapia*: conceitos básicos. São Paulo: Summus, 2006.

SPAGNUOLO, L. M. From the epistemology of self to clinical specificity of Gestalt Therapy. *In*: ROBINE, J. M. (ed.). *Contact and relationship in a field perspective*. Bordeaux: L'exprimerie, 2002. p. 49-65.

WOLLANTS, G. Self da situação. *In*: ROBINE, J. M. (ed.). *Self*: uma polifonia de gestalt-terapeutas contemporâneos. São Paulo: Escuta, 2018. p. 135-145.

ZINKER, J. C. *Processo criativo em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2007.

O corpo e seus embaraços

Aléssia Silva Fontenelle

(Varejão, 1993).

O corpo irrompe nas telas de Adriana Varejão... Suas pinceladas fragmentam o corpo, perfuram o envelope corporal, desconstroem sua unificação, esquartejam-no e extraem órgãos, dando a ver o corpo carne, o corpo ruína, o corpo entranhas... E produz arte. Aqui, numa cozinha lusitana, partes do corpo estão pendurados num varal improvisado. Como pano de fundo estão os azulejos sujos e desbotados pela ação do tempo, nos quais são inseridos, como se fossem adesivos, o rosto de Cristo (com os olhos fechados) e o baixo corporal.

As partes do corpo expostas evocam *ex-votos*, uma prática da cultura popular no qual objetos, telas ou membros (esculpidos sobre

madeira, pedra ou parafina) são dependurados nas paredes da igreja. A palavra *ex-voto* vem do latim e "significa força de uma promessa, ou, em sua abreviação mais corriqueira: um *ex-voto suscepto*; o voto realizado" (Schwarcz; Varejão, 2014, p. 111). Nesse universo, os pedaços de corpos significantes tanto nos contam a história de devotos em busca da cura para um órgão doente como também testemunham a graça concedida por intervenção divina.

A arte se aproxima do real, tal como a obra de Varejão, cujo saber-fazer com as peças soltas (do corpo) traz à cena um ponto indizível, o real. Para além do corpo da imagem e das marcas significantes que dão sentido à vida, o *Varal* reverbera, captura e nos confronta com os embaraços do real. Ora, o que lhe causa embaraços, embrulhadas? Para a teoria lacaniana, há um real no corpo, real que se apresenta como um excesso irredutível, um insondável, que convulsiona incessantemente o corpo vivo.

Com efeito, essa obra parece sustentar que a experiência de ter um corpo não é algo simples para nenhum ser humano. O corpo não é algo dado *a priori*, não responde à biologia, mas antes se constrói, se tece na interação entre o organismo e a linguagem. A anatomia lhe dita quanto ao corpo que possui, mas que, no entanto, não é. Lacan (2007, p. 64) enfatiza que "na realidade, ele não o tem, mas seu corpo é sua única consistência, consistência mental", é claro, pois seu corpo lhe escapa a todo instante. Em outras palavras, sua consistência é proveniente do próprio pensamento que o toma como uma forma narcísica, uma "ideia de si"/identidade. O que a psicanálise coloca em relevo? Ela parte do pressuposto de que essa "ideia de si" não é uma unidade garantida, mas antes uma construção que se sobrepõe a uma fragmentação inicial e, que, portanto, sempre nos escapará.

Para a orientação lacaniana, o sujeito (ser falante) não tem em si uma identidade, já que no nível de sua estrutura, uma vez dividido pela linguagem, nenhuma identidade lhe serve (Fajnwaks, 2013) ou

satura a questão: que sou? Por outro lado, o corpo se propõe como semblante de uma identidade a partir do qual se entra no discurso, compreendendo o discurso como laço social. O discurso supõe um corpo, um lugar desde o qual se fala e se estabelece o laço com o outro. Mas o campo imaginário é bastante instável e, com isso, não estabelece laços duradouros nem fornece certezas sobre o que o sujeito é.

Então, qual a relação entre a sensação de ser "um" e o laço social? Neste, o sujeito encontra meios para construir uma identidade, permanecendo fixado numa constelação de significantes (Outro/linguagem) que funcionam como um espelho identitário (Soler, 2018). Dito de outro modo, o sentimento de ser "um" se estrutura por meio da ordem discursiva que banha o corpo, antes mesmo de sua vinda ao mundo. Ou seja, nome (escolhido por alguém), idade (a imagem corporal continuamente conferida), origem (língua), história (tantas vezes relatadas pelos familiares), religião (a escolher), profissão etc.

Em princípio, o sujeito se identifica com significantes que vêm do Outro, ou melhor, se constitui alienado aos índices identitários da ordem simbólica. Entre infinitos significantes, alguns são destacados e se tornam absolutamente fundamentais no seu oceano das histórias, inscrevem-se como um destino (Lacan, 2005). Apresentam-se, então, como brasões – marcas, queimaduras com o ferro em brasa – "esses acidentes do corpo, essas contingências da história individual que são retomadas no significante e que estão dotados, para o sujeito, de uma significação particular" (Miller, 2003, p. 28). O que resulta disso? A inscrição de um traço próprio, uma marca singular, que se registra como nomeação e dá sentido a uma vida.

Ora, não podemos ignorar que sempre é possível que alguma coisa exceda os recursos com os quais o sujeito opera no cotidiano, que algo venha perturbar e afetar as fronteiras do corpo, da "ideia de si" e da sua história. Um acontecimento que marca um ponto de descontinuidade pode gerar angústia e ruptura na subjetividade. Podemos

dizer que, ao constatar que a dimensão simbólica é precária para pensar o estatuto do corpo, Lacan se vê obrigado a erigir, para além dela, a opaca experiência do real. Um real sem lei e desprovido de sentido. Em suas palavras, o "homem que se interroga sobre sua identidade, tem que se situar, não no interior de um recipiente limitado que seria seu corpo, mas no real total e bruto com o qual ele tem que lidar" (Lacan, 1992, p. 81).

A incorporação da linguagem condiciona aquilo que marca a singularidade de cada um com seu corpo, a saber: o gozo. Este, segundo Miller (2011), sempre introduz uma desregulação no equilíbrio homeostático, ou seja, introduz um excesso, uma desmedida nos prazeres do corpo. O gozo se encontra capturado numa série repetitiva de prazer extremo, perturbador e sem sentido.

Em sua busca pelo real, Lacan (1992, p. 77) encontra no discurso socrático a definição da Medicina como "a ciência das eróticas do corpo". Nessa direção, o antropólogo Séphane Malysse (2000) ressalta que as representações sociais do corpo, ou seja, as maneiras de ver o corpo e como eles são vistos na vida cotidiana incidem diretamente sobre o universo conceitual dos sujeitos, e também sobre os usos e cuidados do corpo próprio. Mais do que um corpo que se constitui na interação com o campo simbólico da cultura, ele enfatiza, sobretudo, a força dos discursos na constituição da "ideia-imagem" do corpo.

A modernidade nasce profundamente atrelada ao discurso da ciência e do mercado, cujas coordenadas engendram novas formas de relação com o tempo, com o corpo próprio e com o outro. Observamos que, nela, cada vez mais o corpo é percebido como um objeto disfuncional, disforme e dispensável. O desejo de ampliar nossa capacidade física e mental, de eliminar o sofrimento, a enfermidade e a morte, sobretudo, instaurar a eterna juventude, impulsionam o hiperconsumismo e as tecnociências, tais como: a Genética, a Medicina, a Biomedicina, a Neurociência e a Robótica.

Com efeito, a psicanálise não pode deixar de interrogar acerca da subjetividade contemporânea. Quais consequências advêm desses novos enlaces e intervenções no corpo? Práticas inéditas surgem da "incorporação" da técnica, isto é, corpo ideal de mercado, corpos de autoconsumo, corpos bombardeados por inquietudes (saúde, alimentação, segurança), corpo-máquina, corpo-comunicante (ou não) com todos por meio da internet, corpo em suspensão de espaço-tempo, no mundo virtual (Lesserre, 2013).

Assim, nesse novo campo tecnológico que se propõe a restaurar um corpo supostamente mal construído, o sujeito é recortado em pedaços, decomposto naquilo que funda sua biologia. Laurent (2010, p. 17) destaca que na ausência de Deus, o corpo humano se apresenta como um novo Deus, especialmente como "fundamento de uma ciência da felicidade. Graças às novas tecnologias, os neurologistas nos oferecem imagens nas quais podemos ver o centro da felicidade". E acrescenta que, por mais fascinantes que sejam, suas respostas rápidas aos embaraços do corpo são falsas.

Se, por um lado, o avanço da ciência amplia a visibilidade e dilui a noção de limite corporal como fronteira, por outro lado, questiona de modo inédito a certeza obtida da "ideia de si". Ou seja, a fragmentação do corpo pode se submeter às leis de mercado e, nessa operação, comprometer "a celebração de sua unidade, posto que está em andamento seu tornar-se despedaçado, evidentemente, para seu bem" (Miller, 2003, p. 308).

Apesar das esperanças que nossa época deposita na ciência, ela inevitavelmente fracassa frente aos embaraços do corpo, pois quanto maior as práticas de regulamentação e de fragmentação dos corpos, mais o real retorna como sem sentido, produzindo desordem e angústia. Isso nos permite afirmar que o corpo obsoleto que demanda um tratamento, uma suplência tecnológica a essa inadequação, também aponta para um simbólico que se mostra cada vez mais real, mais indecifrável (Antelo, 2001).

Assim, cada vez mais, o corpo que se apresenta no dia a dia de nossa prática não é o corpo enfermo da verdade – a verdade que fala, variável, tecida nas ficções significantes –, mas antes, o corpo permeável à angústia e aos fenômenos de decomposição. Portanto, corpos às voltas com os embaraços do real.

Miller (2012) extrai do último ensino de Lacan a palavra *embrouille*, "embaraço", para fazer referência, mais especificamente, à relação com o real. Em francês, esse termo significa um enredo, um emaranhado, uma situação embaraçosa ou, até mesmo, um engodo. "O real encontra-se nos emaranhados do verdadeiro", afirma Lacan (2007, p. 83). Ou seja, os embaraços ou enredos do corpo não se deixam capturar pelo simbólico nem pelo imaginário (Miller, 2012).

O corpo pode ser tomado como um recipiente (*envase*) cuja consistência é imaginária. Entretanto, Lacan (2007) nos ensina que essa borda consistente está sempre sujeita a "transbordamentos" que podem perturbar suas fronteiras ou, mesmo, seu desenlace. A partir daí, o corpo, solto, pode vir a se separar do mesmo modo como cai a casca de um fruto maduro. Esses "fenômenos de corpo" transbordam a dimensão significante, pois as palavras não podem nomeá-los, nem são subjetivados.

Mas de que corpo se trata quando dizemos "fenômeno de corpo"? Essa expressão surge na clínica das psicoses, mas se amplia a uma variedade de fenômenos que acontecem com o corpo. Estes, presentes em todas as formas especiais de sensibilidade do corpo, abrangem desde uma vertigem até a sensação de despersonalização, decomposição ou estranhamento do corpo. Assim, nomeamos de "embaraços do corpo" o corpo que sofre, que se embaraça com a dor. Embaraço que se apresenta, por exemplo, na dor sintomática dos neuróticos, nas dores estranhas ou bizarras, nos fenômenos psicossomáticos e da psicose, bem como na dor psíquica da melancolia e na perda do objeto.

Conforme destacam La Sagna e Deffieux (2012, p. 11), quando falamos do corpo que se embaraça com o real, também estamos nos referindo ao corpo do ser vivo que luta com uma enfermidade orgânica, com a falta de ar, com um acidente incapacitante, com a fome, com a morte, com "o real que não se deixa metaforizar, transformar pelo significante, até que se torne suportável" (La Sagna; Deffieux, 2012, p. 11). Há momentos na vida em que um acontecimento imprevisto envolve um sofrimento impossível de ser absorvido pelo sujeito. A ruptura da cadeia significante e a precariedade subjetiva podem, eventualmente, desfazer a estabilização simbólica e fazer surgirem os embaraços do corpo.

Em outras palavras, a irrupção da angústia, por uma contingência da vida, reflete a desordem do real e pode introduzir furos na colcha de retalhos do envelope corporal, fazendo surgir o real do corpo. Podemos afirmar que, uma vez anulada a unificação imaginária, desmonta-se a propriedade lógica, nunca assegurada, de o sujeito ter um corpo. Assim, a urgência supõe a ruptura da linha do tempo e um deslocamento no espaço. Correlato do apagamento do sujeito, a crise desfaz a rotina, desestabiliza as referências simbólicas e a "ideia de si" na qual se apoiava.

De que modo interessa, aos analistas, um sofrimento que sugere uma dissolução de "si mesmo" e da continuidade da vida? A psicanálise se interessa pelas soluções singulares que o sujeito pode construir em resposta ao sofrimento. Nessa direção, reproduzo a discussão da minha tese, *A arte de Frida Kahlo: o savoir-y-faire com as peças soltas*, sobre a obra *Hospital Henry Ford*, no intuito de abordar o que o *savoir-y-faire*[1] da artista Frida Kahlo nos ensina sobre o radical entrelaçamento entre a arte, o corpo e o real impossível. Essa obra, especificamente, pelo modo como trata as vicissitudes da maternidade sem que esta se apresentasse como pura angústia (Fontenelle, 2019, p. 174-178).

[1] Um saber fazer com que aponta para a invenção, o singular do ato.

Essa questão se coloca para a artista, no início do segundo ano de casamento, quando sofreu o primeiro aborto espontâneo em decorrência da fratura na pélvis. Daí em diante, enfrentou uma série de abortos e pelo menos em três deles foi necessária intervenção cirúrgica. Frida jamais conseguiu realizar seu desejo de ter filhos, mas certamente o mais trágico dos abortos ocorreu em 4 de julho de 1932. Durante a noite, ela estava no quarto do hotel em Detroit quando iniciou uma violenta hemorragia; naquela ocasião ela estava com três meses de "gestação". Não havia sido uma decisão fácil prosseguir com a gravidez, inclusive tinha cogitado a possibilidade de abortar por temer um possível retorno ao México sem o marido, bem como pelo total desinteresse de Diego[2] em ter mais um filho e, também, pelos seus problemas de saúde. Mas a ideia de ter um Dieguinho se sobrepôs a tudo isso.

Ela desconhecia, entretanto, que após quatro meses de interrupção da menstruação não havia ocorrido a formação do embrião, senão uma alteração ginecológica conhecida como "mola hidatiforme" ou "mola de Breus". Diego declarou à sua biógrafa que esse aborto foi extremamente "torturante" e, ainda assim, Frida arriscou a própria vida em outras três tentativas de gravidez. Ele ressalta que nenhuma delas transcorreu de forma tão difícil ou triste como o aborto de 1932, mesmo não se tratando de um feto. Foram 13 dias de internação nos quais Frida esteve sangrando, chorando e se questionando o motivo pelo qual o feto não havia se desenvolvido, mas pelo contrário, se "desintegrado" em seu útero. "Eu quero morrer! Não sei por que continuar vivendo desse jeito" (Kahlo, [19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 178).

A artista se vê confrontada com o indizível, o impensável do real que "é a pulsão de morte" (Lacan, 2007, p. 121). Com efeito, o aborto se apresenta como um furo intransponível a qualquer significação,

[2] Frida Kahlo casou duas vezes com o famoso muralista e ativista revolucionário Diego Rivera, numa relação permanentemente atravessada pela sexualidade e pelo sofrimento.

foracluído de qualquer relação com o sentido. Porém, parece que as imagens brotam e ela insiste em ver a criança, queria desenhá-la. Como não foi possível, no segundo dia de internação implora ao médico para que lhe mostrasse livros de Medicina que ilustrassem o tema. Diante de sua recusa em atender à insistente solicitação de Frida, Diego havia tentado, inutilmente, interceder, chegando a afirmar que o médico "não estaria lidando com uma pessoa comum. Frida vai produzir alguma coisa com isso, ela vai criar uma obra de arte" (Rivera, [19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 178). Como ele havia previsto, a artista leva ao extremo sua arte de triturar pedaços do real e suas pinceladas encarnam uma solução sintomática, radicalmente dissociada do saber inconsciente. Após o segundo aborto, vemos a escritura do real, sua invenção, que encarna com suas pinceladas.

Figura 1 – Hospital Henry Ford ou A cama voadora

Fonte: Frida (1932).

Em 17 de julho ocorreu a alta do hospital e o quadro *Hospital Henry Ford* ou *A cama voadora*, feito a óleo sobre metal, é datado de julho de

1932. Essa tela foi a primeira obra que Frida realiza em estilo, escala e tema dos *ex-votos* mexicanos ou *retablos*. A maior parte da pintura votiva é feita sob encomenda da pessoa retratada, de um amigo ou familiar agradecido e, além da imagem, também apresenta uma inscrição que relata de forma jornalística a história, o nome do favorecido, a data, o local, a intervenção do santo e agradecem o milagre alcançado.

Contudo, a pintura votiva "estilo Frida" não apresenta uma retórica de súplica ou pretensão de suscitar compaixão, e a imagem santa (a Virgem ou algum outro santo católico) é substituída por fantasias ou objetos flutuantes. Segundo Rivera ([19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 189), "os *retablos* de Frida não se parecem com *retablos*, nem com nada nem com ninguém... [pois] ela pinta ao mesmo tempo o exterior e o interior de si mesma e do mundo".

Então, no *Hospital Henry Ford*, Frida se encontra deitada no leito do hospital, sangrando de hemorragia, e seu corpo nu traz os traços de uma gravidez. Com a mão próxima à sua barriga inchada, segura seis fitas vermelhas semelhantes a veias, e em suas extremidades flutuam seis objetos: um caracol, um feto preso pelo cordão umbilical, um torso feminino usado em aulas de anatomia, um objeto de ferro, uma flor murcha e uma pélvis feminina. Avistamos ao fundo uma paisagem urbana industrializada, numa alusão ao lugar onde teria ocorrido a cena.

O feto, que traz a genitália masculina, o pequeno "Dieguito", está posicionado sobre a poça de sangue e permanece ligado pelo umbigo à fita que Frida segura. O torso rosa salmão é um modelo utilizado nas escolas de Medicina para demonstrações de anatomia. Ele seria, segundo a própria artista, "minha ideia para explicar o interior de uma mulher" (Kahlo, [19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 181). Em sua superfície estão diversos organismos semelhantes a esperma e, numa visão de raio-X, duas colunas vertebrais estão desenhadas dentro dele, numa possível alusão à sua escoliose ou à coluna fraturada. A pélvis, que segundo ela seria a principal responsável pelo aborto, teve sua imagem extraída de um livro de Medicina trazido ao hospital por Rivera.

O caracol, segundo a artista, é uma referência à lentidão do aborto que, como o animal, era "mole, coberto e, ao mesmo tempo, aberto" (Kahlo, [19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 181). A peça de ferro é uma autoclave, um aparelho utilizado para esterilizar instrumentos cirúrgicos. Ela representaria a pélvis da artista e, de acordo com Herrera (2011), ela teria dito a um amigo que a máquina-ferramenta servia para lhe lembrar de Diego e a um outro que "[a] inventou para explicar a parte mecânica da coisa" (Herrera, 2011, p. 182). A orquídea, aqui arqueada, aparentando um útero extraído, foi-lhe entregue por Diego no hospital e "quando a pintei, tive a ideia da coisa sexual misturada à coisa sentimental" (Herrera, 2011). Frida não compartilhava com Diego o fascínio pela industrialização moderna. Para ela, as máquinas representavam "azar e dor" (Herrera, 1994, p. 73).

Em escala torta, a cama de hospital flutua sob um céu azul, numa imensa e árida planície. Debaixo da cama a artista pintou a cor do chão e afirma que "a terra pra mim é o México, gente em volta e tudo, então, quando eu não tinha nada, me ajudou colocar a terra à minha volta" (Kahlo, [19--?] *apud* Herrera, 1994, p. 73). Avistamos, no horizonte, o complexo River Rouge com seus fornos de coque, torres d'água e chaminés, tema do esboço que ocupou Rivera durante os dias de sua hospitalização. E numa faceta própria à arte votiva mexicana, traz ao lado da cama a data e o local do acontecimento, numa clara referência ao aborto que a manteve 13 dias hospitalizada. Em 29 de julho, 25 dias após o aborto e 12 da alta hospitalar, Frida escreve ao doutor Eloesser[3] comentando sobre esse momento de sua vida:

> continuei na mesma até 4 de julho [1932] quando sem saber o porquê eu abortei num piscar de olhos [...] o feto não se desenvolveu e saiu todo desintegrado apesar de eu já estar com três meses. O dr. Pratt não me disse nem nada, ele apenas me assegurou que eu posso ter filho em outra oportunidade. Até agora

[3] Seu médico em São Francisco.

> não sei por que abortei e por que razão o feto não se formou, então quem sabe que diabos está acontecendo dentro de mim, pois é muito estranho, não acha? Eu tinha tanta esperança de ter um pequeno Dieguito, um bebezinho chorão, mas agora que isso aconteceu não há nada a fazer a não ser aguentar [...]. No fim das contas há milhares de coisas que são sempre um completo mistério (Kahlo, [19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 180).

Esse quadro marca uma mudança radical em sua obra e, segundo Rivera, após o aborto "Frida começou a trabalhar numa série de obras-primas sem precedentes na história da arte – pinturas que exaltam as qualidades femininas da resistência, realidade, crueldade e sofrimento" (Rivera, [19--?] *apud* Herrera, 2011, p. 180). Para ele, nesse período ela coloca "poesia agônica" na tela. Mergulhada na angústia, a artista experimenta uma hiância, um vazio de sentido onde nada pode ser dito. Nesse momento ocorre aquilo que Lacan nomeia como "fenômeno de borda", isto é, um evento no qual a janela "se abre, marcando o limite do mundo ilusório do conhecimento, aquele que chamo de cena [ou palco]" (Lacan, 2005, p. 121).

Com efeito, a urgência subjetiva é uma força que a empuxa a pintar. Aqui, a angústia aponta para uma falha na "ex-sistência", uma falha que não é acidental, mas estrutural entre o ser e o sentido (Calvet, 2005). Lacan (2005, p. 175) propõe a angústia como "sinal do real", não como um encontro, mas antes como uma função, como um operador para sua abordagem. "E nada me parecia mais normal que pintar aquilo que não havia alcançado. [...] Minha pintura traz em si a mensagem da dor. [...] Pintar completou minha vida. Perdi três filhos [...]. Minha pintura tomou o lugar de tudo isso. Creio que trabalhar é o melhor" (Kahlo, [19--?] *apud* Herrera, 1994, p. 75).

Sabemos que a arte se esforça por recuperar esse algo do campo visual que se perde, mas a insistente repetição dos autorretratos, sua iteração, já sinaliza uma impossibilidade de captura. Não há dúvida

que o real é sempre refratável à absorção pela imagem, contudo, sem autorizar qualquer tentativa de análise ou interpretação. Frida vale-se de peças soltas, pedaços de corpo, objetos comuns, fabricados ou mesmo descartados pela ciência, para que possa produzir uma obra que faz menção a pedaços de real.

Sua criação testemunha o que singulariza o corpo humano, isto é, aquilo que escapa ao enquadre da imagem. Com base nisso, poderíamos supor que haveria em sua arte uma possível dimensão de amarração e de suplência? A leitura que proponho é que o desenodamento de Frida, o esgarçamento da relação imaginária com o corpo na ocasião do seu acidente[4], reitera-se, em alguma medida, nesse último "aborto". Assim, por meio do objeto de arte, sua solução singular, ela pôde sustentar um enlace entre o corpo e a "ideia de si".

Surge, então, a questão sobre o acento aqui colocado nas pinturas o *Varal* e *Hospital Henry Ford*. O que elas têm em comum? Optamos por eleger duas obras que nos confrontam, de modo absolutamente único, com a inquietante ameaça do despedaçamento do todo. Nelas, o corpo se apresenta extraído de sua significação usual, transfigurado em sua forma e em sua materialidade. O traço que corta (marca) essas telas, mais do que mostrar os limites do simbólico para escrever o real, evoca inscrições que não podem ser decifradas e que marcam o corpo do sujeito. Sobretudo, é uma arte que nos afeta em nossa corporalidade.

Para concluir, é preciso destacar que nos embaraços do corpo há um sem sentido encarnado que se articula a uma tendência da época. Isso implica que, no enlace entre os acontecimentos de vida e os fenômenos de corpo, emerja uma desarmonia, um sofrimento do qual o sujeito tenta em vão se desvencilhar a partir das ficções de sentido. Mas algo deve ser feito para responder à urgência e, eventualmente, suspendê-la. As respostas que se busca, quando o real se

[4] Frida Kahlo sofreu um acidente aos 18 anos, no qual ocorreram diversas lesões e fraturas. Desde então, passou por inúmeras cirurgias e utilizou 28 coletes ortopédicos.

impõe, podem ser as mais variadas, ou seja, a resposta da Medicina, da psicanálise, da arte, da religião ou, mesmo, apelar para o *acting out* ou para a passagem ao ato. Dentre elas, o encontro com o analista permite que os sujeitos alcancem, em seu dizer, um certo arranjo e estabilização a partir do que foi vivenciado como urgência. A psicanálise defende que nas próprias coordenadas desse impossível de elaborar pode advir algo novo, novas narrativas e, eventualmente, uma solução singular (Vieira, 2012). Aliás, não há saída da urgência sem o novo.

Referências

ANTELO, M. El cuerpo se anima. *In*: BLANCO, L. *et al. Lecturas de lo nuevo*: una investigación sobre la época y la pulsión. Buenos Aires: Tres Haches, 2001. p. 120-124.

CALVET, R. M. Angustia y urgencia subjetiva. *Freudiana*: Revista de Psicoanálisis de la ELP-Catalunya, Barcelona, n. 45, p. 69-73, 2005.

FAJNWAKS, F. Gêneros lacanianos. *Arteira*: Revista de Psicanálise, Florianópolis n. 5, p. 27-48, out. 2013. Disponível em: https://revistaarteira.com.br/images/pdf/Arteira-5.pdf. Acesso em: 17 fev. 2023.

FONTENELLE, A. S. *A arte de Frida Kahlo*: o *savoir-y-faire* com as peças soltas. 2019. Tese. (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://teopsic.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/06/Tese-Alessia-Silva-Fontenelle-docx.pdf. Acesso em: 17 fev. 2023.

FRIDA. Hospital Henry Ford. *In*: CONSERVANDO Valor, [*s. l.*]. 1932. Obra original realizada por Frida em 1932, com a técnica óleo sobre metal, 30,5 x 38 cm. Museu Dolores Olmedo na Cidade do México. Disponível em: https://conservandovalor.com/2021/05/08/frida-kahlo-hospital-henry-ford-1932/. Acesso em: 17 fev. 2023.

HERRERA, H. *Frida*: a biografia. São Paulo: Globo, 2011.

HERRERA, H. *Frida Kahlo*: Las Pinturas. México: Editorial Diana, 1994.

LA SAGNA, C.; DEFFIEUX, J.-P. Nota a la edición francesa. *In*: MILLER, J.-A. *Embrollos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós, 2012. p. 11.

LACAN, J. De nossos antecedentes. *In*: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 69-76.

LACAN, J. *O seminário*: livro 8: a transferência. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. *O seminário*: livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, J. *O seminário*: livro 23: o sinthoma. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LAURENT, E. Hemos transformado el cuerpo humano en un nuevo dios. *In*: LAURENT, E. *El goce sin rostro*. Buenos Aires: Tres Haches, 2010. p. 17-20.

LESSERRE, A. Los cuerpos y los avatares de la civilización. *In*: ESCUDERO, V. *El cuerpo material*: el cuerpo y sus enredos: exigencia de la época. Olivos: Grama Ediciones, 2013. p. 181-189.

MALYSSE, S. As falsas evidências do corpo: imagens, imaginários e incorporações. *Correio*: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, [*s. l.*], n. 28, p. 3-18, 2000.

MILLER, J.-A. *Embrollos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

MILLER, J.-A. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalíitica*. Buenos Aires: Paidós, 2003.

MILLER, J.-A. *Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan*: entre desejo e gozo. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

SCHWARCZ, L.; VAREJÃO, V. *Pérola imperfeita*: a história e as histórias na obra de Adriana Varejão. Rio de Janeiro: Cobogó, 2014.

SOLER, C. *Rumo à identidade*. São Paulo: Aller, 2018.

VAREJÃO, A. Varal. *In*: ENCICLOPEDIA ItaúCultural, São Paulo, 4 dez. 2024. Obra original realizada por Adriana Amaral em 1993, com a técnica óleo sobre tela, 165,0 cm x 195,0 cm. Disponível em: https://enciclopedia.itaucultural.org.br/obras/93247-varal. Acesso em: 3 fev. 2025.

VIEIRA, M. A. Comentários. *In*: MARON, G; BORSOI, P. (org.). *Urgência sem emergência?* 2. ed. Rio de Janeiro: Subversos, 2012. p. 49-55.

Perspectivas epistemológicas, humanizadoras e terapêuticas das autonarrativas de adoecimento

Emerson F. Rasera

Introdução

Um relato em primeira pessoa sobre um momento de adoecimento é um convite à intimidade, a testemunhar a vulnerabilidade, e os esforços de significar a ruptura e o inesperado. Ele revela uma trajetória singular de quem o escreve, ao mesmo tempo que conta sobre as circunstâncias sociais e históricas que dão forma a tal experiência. Sua leitura convoca o leitor a ser testemunha e a observar silenciosamente;

a ver o que evitava imaginar; a ouvir respostas para perguntas que não fez; e a rememorar percalços e afetos correlatos, precariamente esquecidos. As possibilidades de aprendizagens, inspiração e reflexão são múltiplas e não se esgotam em uma única leitura.

O convite a dialogar com esse tipo de texto traz alguns desafios e demanda escolhas e recortes. Por um lado, o relato nos toca pessoalmente e a coragem de partilhar vivências tão pessoais parece nos pedir, de forma justa, a mesma coragem de partilhar nossos desafios na vida. De maneira semelhante, nos convida a nos solidarizar, a acolher, a apoiar, a torcer, a vibrar por Mônica, autora do relato. Por outro lado, ele nos captura como profissionais e pesquisadores e nos interpela sobre como entender esse texto, qual sua finalidade, qual sua contribuição para o campo em que atuamos. Indo para além desses convites dicotômicos, buscarei trazer algumas notas reflexivas que espero possam ser compreendidas como uma maneira colaborativa e dialógica de fazer ressoar a força e a vida do relato de Mônica, que ao mesmo tempo que destaca suas contribuições teórico-práticas, reconhece e aplaude a ousadia de contá-lo.

Assim, o objetivo deste breve ensaio é caracterizar as autonarrativas de adoecimento como forma de produção de conhecimento e apontar como elas podem inspirar outros fazeres na pesquisa e na atuação profissional em Saúde. Trata-se de um esforço de produzir localizações teórico-práticas e, ao mesmo tempo, ampliar conexões, explorando possíveis bases epistemológicas para tais autonarrativas, bem como as implicações para as ações de saúde e do cuidado de si. Dessa forma, visando alcançar tal objetivo, buscarei: a) contextualizar a autonarrativa de adoecimento na tradição dos estudos biográficos, coerente com perspectivas construcionistas de produção de conhecimento; b) apontar como o relato biográfico pode servir como instrumento de humanização do cuidado na formação dos profissionais de Saúde; e c) analisar os desenhos como forma de cuidado de si.

Os estudos biográficos: por que as autonarrativas são importantes?

O texto de Mônica não se define conceitualmente. Ele não corresponde a um artigo científico tradicional. Ele não pleiteia uma vinculação a uma disciplina ou uma prática de pesquisa específica. Ele não se afirma como uma autobiografia, autoetnografia ou história de vida. Não encontramos citações explícitas de outros autores que nos indiquem potenciais filiações. Ele se oferece ao leitor sem pretensões teóricas evidentes. Apesar disso (ou talvez por isso), torna-se atrativo entendê-lo como uma autonarrativa, em primeira mão, cujo foco são as vivências pessoais da autora. Quem escreve o texto é a Mônica que enfrentou um câncer de mama. A Mônica pesquisadora também colabora com sua escrita e o torna de interesse científico ao trazê-lo para o debate em um livro.

A autonarrativa é uma forma de escrita que enfatiza os significados pessoais, seus afetos, o que corresponde ao privado mesmo em interações públicas e o que, por vezes, fica à sombra. Ela apresenta conhecimentos que tipicamente não são partilhados com o outro. Ela carrega a perspectiva de quem conta sobre o que viu, o que pensou, como entendeu e o que fez. Contudo, sua força não está na precisão cronológica, na factualidade descritiva ou na racionalidade de seu argumento. Seu ímpeto não é o de provar como as coisas são e como devem ser entendidas. Não há comprovação, nem previsão ou prescrição. Seu poder está em capturar o leitor, em afetá-lo, em sensibilizá-lo. Assim, ela torna o familiar em estranho, o comum em íntimo, a vulnerabilidade em recurso.

Mas como um texto desse tipo pode participar de um diálogo científico? Quais as bases epistemológicas que podem sustentá-lo? Para qual tipo de ciência ele pode constituir uma contribuição? Apesar dessas perguntas poderem ser respondidas de muitas formas,

entendo que o campo dos estudos biográficos e o discurso construcionista social em Psicologia têm o pontencial de oferecer algumas pistas significativas.

Os estudos biográficos abrangem diferentes disciplinas e tradições teóricas, envolvendo variadas formas do gênero biográfico, como as histórias de vida, os testemunhos, as autobiografias, as autoetnografias, entre outras (Del Priore, 2009). Nesse campo, os relatos sobre si constituem a matéria-prima e, por vezes, o resultado do trabalho científico. De diferentes maneiras, o estudo dos relatos biográficos permite documentar entendimentos sobre fatos e situações sociais, identificar valores e ideias circulantes, articular a singularidade do narrador com as convenções culturais, valorizar a perspectiva de quem fala, atuar como estratégia de memória subalterna e forma de resistência política (Pereira; Pegoraro; Rasera, 2017).

Nesse sentido, a autonarrativa de Mônica nos permite refletir sobre vários processos sociais referentes às formas de cuidado em saúde; à articulação de diferentes conhecimentos em saúde da medicina naturalista e da medicina alopática; à combinação dos saberes espirituais, religiosos e das práticas meditativas com o uso das tecnologias de saúde e das medicações e psicotrópicos; à construção das narrativas de enfrentamento e da produção de variadas versões identitárias; à construção de redes de apoio e rotinas de cuidado entre mulheres; ao lugar do feminino, suas perspectivas e afetos, marcado pelo ponto de vista da paciente cuidadosa; aos modos de vida de uma professora universitária e suas relações com o trabalho e o cuidado de si. Para além de uma crítica a certas formas instituídas de cuidado em saúde, o relato de Mônica produz tensões na hegemonia de determinados conhecimentos, apontando seus limites e as oportunidades de outras formas de cuidado.

Alguns questionamentos, por vezes, atravessam os estudos biográficos envolvendo disputas no entendimento da autonarrativa como descrição factual ou como criação do narrador, pois o texto é ameaça-

do em sua objetividade pelas fortes marcas da subjetividade de quem narra, gerando potencial confusão entre o papel do pesquisador e do pesquisado e questionando a neutralidade científica a partir dos impactos políticos das histórias relatadas. Essas interrogações podem se constituir como um desafio frente a teorias representacionais e realistas do conhecimento, contudo, não o são para as perspectivas construcionistas sociais.

Os construcionistas estão interessados nas formas pelas quais as pessoas dão sentido ao mundo, conforme os sistemas socio-históricos de significação (Gergen, 1985). A partir de uma crítica a perspectivas positivistas, a ciência, sob a ótica construcionista, se sustenta em uma epistemologia social preocupada com a inteligibilidade, a utilidade e o valor humano do conhecimento produzido. Ela pode servir tanto para sustentar como para questionar modos estabelecidos de conhecimento. Ela estimula a crítica interna da Psicologia, a crítica cultural, bem como a reflexão sobre os modos de fazer pesquisa. Seu convite mais significativo é a produzir novas inteligibilidades que permitam transformar o mundo em que vivemos, construídas a partir da democratização do processo de pesquisa que transforma os lugares de quem pesquisa e de quem é pesquisado (Gergen, 1997, 2014).

Nessa perspectiva, as autonarrativas, como a de Mônica, passam a ser formas e fontes potentes de estudo em Psicologia. As narrativas passam a ser entendidas como produzidas socialmente, ou seja, como recursos culturais, situados historicamente, que permitem às pessoas significar suas experiências. Longe de ser apenas a expressão interna de um sujeito, as narrativas revelam formas de organização e conhecimento social. Ao mesmo tempo, as autonarrativas carregam uma dimensão performática e servem para produzir versões situadas de si, dos outros e dos acontecimentos, gerando redes de identidades recíprocas (Rasera; Guanaes; Japur, 2004). É em decorrência dessa potencialidade como forma de produção de conhecimento que as autonarrativas são importantes.

O relato biográfico como instrumento de formação para a humanização do cuidado em saúde

A atenção em saúde, tradicionalmente, se organiza e reproduz uma lógica biomédica, focada na patologia, no corpo biológico, no conhecimento científico normativo e na decisão do profissional. Tipicamente, quanto mais especializada tal atenção, maiores as marcas dessa lógica de funcionamento. Essa forma de organizar a ação em saúde traz vários desafios técnicos, éticos e políticos decorrentes de um processo de objetificação do usuário do serviço de saúde, no qual sua perspectiva, valores e crenças são negligenciados em favor de protocolos e condutas preestabelecidos.

No Brasil, o enfrentamento desse problema foi fomentado por uma política de humanização do cuidado em saúde que busca produzir novas formas de interação e colaboração entre gestores, trabalhadores e usuários. Essa política se orienta pelos princípios da transversalidade de saberes, da indissociabilidade entre atenção e gestão, e do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Na prática, tais princípios se traduzem em algumas maneiras de cuidar, tais como o acolhimento, a gestão participativa, a ambiência, a clínica ampliada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2010).

Contudo, fazer a política sair do papel e habitar o cotidiano da atenção em saúde ainda demanda muitos esforços de todos os envolvidos. Aspecto crucial para sua efetiva consolidação é a formação dos profissionais de Saúde. Apesar de a política ser instrumento para a organização do serviço público, a formação profissional (em instituições públicas ou privadas) e a saúde suplementar também respondem ao impacto desse ideário. A partir de análise da literatura científica desse tema, Barbosa e colaboradores (2013) mostram que ainda é preciso ultrapassar as perspectivas biologicistas e reconhecer a dimensão cultural do cuidado,

valorizando trabalhadores e usuários. Segundo esses autores, o problema se agrava, pois "a formação dos profissionais de Saúde está pautada em serviços de saúde em que prevalece a padronização de condutas o que dificulta atitudes inovadoras" (Barbosa *et al.*, 2013, p. 123). É nesse contexto que as autonarrativas de adoecimento podem trazer uma contribuição significativa.

Como Mônica relata, seu texto não se coloca como uma crítica ao serviço prestado. Seu tratamento se deu por meio de plano de saúde, combinado com atendimento psicológico privado. A narrativa fala pouco dos profissionais. Ela não nos conta sobre as relações interprofissionais. A divisão do trabalho especializado parece marcante. Sua narrativa e seus desenhos enfatizam os procedimentos médicos. Eles não contam se tais procedimentos foram sempre negociados com Mônica ou apenas apresentados como o caminho a seguir. O texto destaca os diálogos internos de Mônica, mostra as diferentes formas pelas quais tais procedimentos a mobilizam e revela o que está para além da técnica. Aprendemos o que significou para Mônica enfrentar cada um dos exames e tratamentos. Não sabemos o que os profissionais sabiam sobre isso. Não sabemos o que Mônica contou a eles. Não sabemos o que eles perguntaram a Mônica. Mas é sobre isso a autonarrativa de Mônica: seus pensamentos, afetos e sonhos; suas redes de apoio e seus outros cuidados; o impacto do tratamento biomédico e o que a ele escapa.

O que os profissionais podem aprender com esse relato? O que os toca nessa narrativa? Como é possível qualificar ainda mais a atenção em saúde? Como é possível enriquecer o fazer dos procedimentos diagnósticos e de tratamento? A preocupação dos profissionais, tipicamente, é em executá-los da melhor forma. Com certeza, os que estão acometidos por diferentes adoecimentos querem isso! É tarefa dos profissionais prepará-los para se tornarem pacientes para enfrentar tais procedimentos. E, para além disso, como mostra a narrativa de Mônica, entre o procedimento e o resultado, há muito trabalho a fazer...

Como cuidar da pessoa ao mesmo tempo que se trata do corpo? Como apoiar as decisões de tratamento e suas consequências? Como investigar, acolher e propor formas complementares de cuidado, coerentes com o universo cultural e simbólico de quem é cuidado?

As autonarrativas de adoecimento podem funcionar como cartas sem destinatários específicos. Cada profissional pode ser tocado por um aspecto distinto. Talvez, elas possam ressoar com outras experiências pessoais e profissionais. Elas são um convite a ir além da história natural da doença, da objetividade e da neutralidade do protocolo, deslocando a centralidade do discurso biomédico. Elas permitem ao profissional compreender o adoecimento a partir da experiência do doente, suas temporalidades e racionalidades, ampliando possibilidades diagnósticas e terapêuticas (Caçador; Gomes, 2020; Greenhalgh; Hurwitz, 1999).

É nesse sentido que narrativas como as de Mônica podem e devem ser utilizadas na formação dos profissionais de Saúde, nos currículos da graduação, nos diferentes níveis de especialização ou em ações de educação permanente em saúde. A partir da leitura atenta dessas narrativas de adoecimento, de questões mobilizadoras e da escrita reflexiva sobre elas, os estudantes/profissionais podem exercitar sua capacidade de escuta e resposta, fortalecendo sua capacidade relacional (Gold, 2020). Dessa forma, as narrativas podem ampliar a capacidade técnica e ética de atuação dos profissionais na construção do cuidado integral, funcionando como instrumentos capazes de promover processos de humanização em saúde.

Recursos estéticos e saúde mental: os desenhos como forma de cuidado de si

A autonarrativa de Mônica tem os desenhos como um dos seus eixos organizadores. São muitos desenhos, sempre coloridos, com formas

peculiares, muitas vezes enigmáticos e oníricos. Como Mônica sugere no título do texto, "Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu", os desenhos por vezes parecem buscar substituir as palavras, representando movimentos alternativos que enfrentam o silêncio, a paralisia e o inominável. Decorrentes de um ato inicial espontâneo, talvez de um "conhecimento de terceiro tipo" sobre como seguir adiante, como diria Shotter (2008), os desenhos são tentativas de caminhar, de se orientar, de dar sentido ao que parece não ter sentido. Nesse contexto, eles não se propõem como obras de arte, mas funcionam como formas de cuidado de si.

A utilização de diferentes recursos artísticos no trabalho em saúde mental tem uma longa trajetória. Por um lado, o uso do desenho como instrumento de avaliação diagnóstica, de caráter essencialista, que dá visibilidade a características de personalidade e conflitos psíquicos de quem desenha, foram e continuam sendo prática comum de psicólogos (Rosa *et al.*, 2021). Por outro lado, cresce o uso do desenho e da pintura como estratégias mediadoras em terapia, as quais permitem criar espaços de conversa promotores de novos entendimentos sobre os problemas e os relacionamentos (Kjellberg, 2002; Rober, 2009). Esses usos mostram como o ato de desenhar pode comportar tanto uma dimensão expressiva como performática, ou seja, de externalização de algo já dado, bem como de construção de um sentido ainda não dito.

É a partir dessa dimensão performática que o uso do desenho pode se tornar um recurso de cuidado de si. O interesse se volta ao desenho como forma de acolher impressões e sensações múltiplas e desconexas, como exercício de exploração e investigação de outros sentidos possíveis, como ato criativo que não está pautado numa lógica instrumental e racional. Como nos lembram Biagi-Borges e Rasera (2017, p. 514), o desenho "antes de ser imagem, é gesto, é corporificação da linguagem viva. Essa produção primeira do desenho – o gesto

–, uma resposta espontânea anterior à imagem, faz dele gestor da linguagem pré-intelectual [...], corporificada, para então transpor-se em linguagem discursiva".

Nesse sentido, os desenhos são uma prática de produção de sentido. Eles nada explicam nem revelam uma suposta verdade, apenas apontam, aludem e criam oportunidades para novas possibilidades. Eles dão espaço a outras narrativas, que ultrapassem os sentidos hegemônicos. Eles servem como metáforas que questionam um sentido paralisado e definitivo e motivam a construção de realidades imprevistas. Os desenhos são formas de ressignificar, manejar e gerenciar o adoecimento.

Na autonarrativa de Mônica, dois aspectos chamam a atenção sobre o uso do desenho: quando se desenha e por que se desenha. Ao longo do texto, os desenhos se organizam, muitas vezes, a partir dos procedimentos médicos realizados e das intercorrências em saúde, do diagnóstico às diferentes fases do tratamento. São essas as situações que servem como pontos nodais da narrativa construída. São elas que parecem trazer uma sensação de risco, medo, culpa e incerteza. São elas que demandam um esforço de significação. Nesse sentido, apesar da hegemonia do discurso biomédico nas sociedades urbanas contemporâneas que fortemente organiza as narrativas de adoecimento, ele não se impõe de forma total, não abarca a experiência de forma completa, não significa eficientemente tudo que se vive. A vida exige outros sentidos.

Além disso, no relato de Mônica, a atividade de desenhar não se coloca de maneira isolada como panaceia frente ao desafio que se vive. Ela se junta a outras práticas, como a meditação. Na narrativa da autora, eles parecem ocupar um *status* semelhante como práticas de cuidado de si. O ato de desenhar não se constitui como uma intervenção psicoterápica profissionalmente orientada, mas se apresenta como um momento voltado a si, como parte de um cotidiano que busca equilíbrios entre o corpo, a mente e o mundo. Se o desenho

nasce de maneira quase espontânea, sua sobrevida pede mais. Como sugere a terapeuta de Mônica, não basta desenhar, é preciso contemplar os desenhos. E assim eles funcionam como motor de processos e convites a diálogos consigo própria e com o outro.

Nesse sentido, os desenhos podem ser tomados como enunciados, os quais revelam um caráter eminentemente dialógico (Bakhtin, 1986), condensando conversas anteriores, fragmentadas, inconclusas, no encontro das vozes de outros significativos na história de vida da autora, personagens do presente, do passado e do futuro, em um diálogo silencioso consigo mesma. O ato solitário de desenhar se mostra, então, povoado de muitos falantes. E a cada vez que se observa e, portanto, se responde a cada desenho a roda gira novamente e novas vozes e sentidos podem emergir em um diálogo sem fim.

Mas os desenhos de Mônica não restaram como diálogos dela consigo própria. O convite a participar deste livro é uma oportunidade generosa de ampliar as conversas sobre os desenhos e sua autonarrativa de adoecimento. À medida que o livro é publicado, novos leitores se juntam a essa conversa. E, assim, o cuidado de si de Mônica se transmuta em possibilidade de cuidado para todos nós, em convites para pensar a saúde, a doença e toda a vida que há nelas e entre elas.

Considerações quase finais

Essas notas reflexivas buscaram apontar como as autonarrativas de adoecimento (e seus desenhos!) podem se constituir como um gênero de escrita, um recurso de formação e uma forma de cuidado importantes e significativos. Dado seu caráter reflexivo, e como um ato interpretativo localizado, elas trazem as marcas daquilo que me toca, me preocupa e me faz sonhar. Sua utilidade depende da generosidade dos leitores. Entendo que cada um desses pontos abordados são aberturas para investigações futuras. Todos eles, de forma

comum, nos convidam a pensar a ciência, a saúde e o cuidado para além das práticas estabelecidas, instigando novas possibilidades de conhecer, fazer e ser. Espero que a ousadia de Mônica nos seja um lembrete inspirador!

Referências

BAKHTIN, M. M. *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press, 1986.

BARBOSA, G. C. *et al*. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de Saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 123-127, jan./fev. 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000100019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/Xft5GGxBgzdgDWtHthCS5GQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

BIAGI-BORGES, A. L. de; RASERA, E. F. O uso do desenho em terapia de casal. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 495-517, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n3/08.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

CAÇADOR, T. G. V.; GOMES. R. A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3261-3272, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020258.24902018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4HpCZjM8qgVBLbGgSMzLZZh/?lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

DEL PRIORE, M. Biografia: quando o indivíduo encontra a história. *Topoi*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, p. 7-16, jun./dez. 2009. DOI: 10.1590/2237-101X010019001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/topoi/a/wjzgxRYmBc577pm4QqVfDtb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

GERGEN, K. J. From mirroring to world-making: Research as future forming. *Journal for the Theory of Social Behavior*, New York, v. 45, n. 3, p. 287-310, 2014.

GERGEN, K. J. *Realities and relationships*: Soundings in social construction. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, Washington, DC, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985.

GOLD, K. Words Matter: Promoting Relationality in Healthcare through Narrative Medicine. *In*: MCNAMEE, S. *et al*. (ed.). *The Sage Handbook of Social Constructionist Practice*. London: SAGE Publications, 2020. p. 434-443.

GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Why study narrative? *British Medical Journal*, London, v. 318, n. 7175, p. 48-50, 1999. DOI: 10.1136/bmj.318.7175.48. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1114541/pdf/48.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

KJELLBERG, E. Pintura de paisagens como uma forma de expressar-se e comunicar-se em situações críticas – a uma forma de criar espaço para o diálogo nas crises familiares. *Pensando famílias*, Porto Alegre, v. 4, n. 4, p. 104-126, 2002.

PEREIRA, E. R; PEGORARO, R. F.; RASERA, E. F. História de vida, pesquisa narrativa e testimonio: perspectivas nos estudos biográficos. *Quaderns de Psicologia*, Barcelona, v. 19, n. 3, p. 277-286, 2017 DOI: 10.5565/rev/qpsicologia.1413. Disponível em: https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v19-n3-pereira-pegoraro-rasera/1413-pdf-pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

RASERA, E. F.; GUANAES, C.; JAPUR, M. Psicologia, ciência e construcionismos: dando sentido ao self. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 157-165, 2004. DOI: 10.1590/S0102-79722004000200004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/pg9qcL6pGMvLdLyvzNs68yF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

ROBER, P. Relational drawings in couple therapy. *Family Process*, New York, v. 48, n. 1, p. 117-133, 2009.

ROSA, H. R. *et al*. O Desenho da Figura Humana com História (DFH-H) e crianças com dificuldades de aprendizagem. *Avaliação Psicológica*, Campinas, v. 20, n. 4, p. 410-416, 2021. DOI: 10.15689/ap.2021.2004.22000.02. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v20n4/03.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

SHOTTER, J. *Conversational realities revisited*: life, language, body and world. 2th ed. Changrin Falls: Taos Institute Publications, 2008.

Quando se quebra o instituído ou acerca de ser uma pessoa branca mestiça

Eliane Silvia Costa

Introdução

Conheci Mônica assim que soube que eu tinha passado no concurso do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS/UFBA) para a área de Psicologia e Atenção à Saúde. Aliás, para o concurso, além de seus textos sobre saúde, estudei também escritos de Cida Bento, Fernanda Lopes, Luís Eduardo Batista, Patrícia Collins, entre outras pensadoras que escrevem principalmente sobre opressão contra a população negra (racismo), privilégio e superioridade branca (branquitude) e relações étnico-raciais – assuntos fundamentais para o campo da saúde e da saúde mental. Nota-se que estive bem acom-

panhada nesse processo de me preparar para as provas que me permitiram ingressar na UFBA.

Já como professora, em uma de nossas primeiras conversas, ela me contou algo sobre o concurso que não imaginava: disse-me que ele tinha sido fruto de reivindicações de estudantes do curso de Psicologia do IPS, sobretudo daqueles que, pouco tempo depois, constituíram o Coletivo antirracista eu não me esquivo, o qual pleiteava por mudanças no curso, uma vez que em seu Projeto Político-Pedagógico não existiam componentes curriculares obrigatórios e específicos que contribuíssem com a formação de profissionais decoloniais e antirracistas. Com uma nova contratação, pretendia-se ampliar e potencializar as discussões sobre (anti)racismo iniciadas na disciplina optativa de Psicologia e relações raciais, oferecida pela própria Mônica no segundo semestre de 2018, dois anos antes de minha inserção no IPS, em agosto de 2020.

Mobilizada pelas iniciativas daquelas(es) estudantes, entre elas(es) Vitailma Conceição Santos, Carla Brito, Illa Muthe, João Batista Alves, Fábio Chagas, e na companhia de Tiago Teixeira, Ana Luísa Dias e Gabriela Silva – psicólogos(as) negros(as) que atuaram como professores(as) convidados(as) –, Mônica foi a primeira docente do curso a ministrar na graduação um componente curricular sobre dominação de raça[1]. Além disso, de 2019 a 2021, coordenou o "Formação e atuação antirracista em Psicologia e Saúde Mental: contribuições da Psicologia Social Construcionista" – um projeto que articulava o tripé ensino-pesquisa-extensão, cujo objetivo foi elaborar, executar e avaliar dispositivos para o exercício de uma Psicologia Antirracista, o que incluiu oficinas como método de

[1] De modo transversal, o tema do racismo já havia sido trabalhado dentro de outras disciplinas, por exemplo, pela professora Evanice Chaves, que o abordou a partir da Psicologia Histórico-Cultural, tal como desenvolvida por Fernando Gonzalez Rey, assim como foi debatido pela professora Denise Maria Barreto Coutinho que, a partir de 2017, em disciplinas de Psicanálise, e ao lado de Vitailma – uma das principais fundadoras do Coletivo antirracista eu não me esquivo –, ressaltaram as contribuições de Virgínia Bicudo e Neusa Santos Souza na Psicanálise brasileira.

intervenção e a realização de grupos de estudos sobre racismo, branquitude, resistências negras e suas relações com o sofrimento psíquico e a saúde mental.

No Coletivo antirracista, a equipe que atuou como docentes convidados, Mônica e os(as) estudantes extensionistas vinculadas(os) ao "Projeto de formação antirracista" agiram, criaram movimento e força contra uma conjuntura bastante estarrecedora: a de um curso de Ciências Humanas existente há mais de 50 anos, pertencente a uma universidade pública, localizado na cidade mais proporcionalmente negra em relação à raça/população geral do Brasil, não ter espaços sistemáticos e corriqueiros de debate e investigação sobre (anti)racismo e relações étnico-raciais.

Quando ali estudara, entre 1992 e 1997, Mônica não teve formação sobre a temática. Como pesquisadora, até então não tinha sido impelida a pensar sobre. Se não fosse o Coletivo a quebrar o enquadre instituído de não se falar sobre racismo, ela talvez não tivesse percebido o quanto essa pauta é fundamental para o ensino e o trabalho em Psicologia, uma vez que possibilita entender a formação do Brasil, sua história, as desigualdades e lutas que aqui existem, bem como as mazelas psíquicas e sociais pelas quais passam a população negra e os povos indígenas.

O Coletivo é um exemplo daquilo que Clóvis Moura (1994) e Farias (2022) destacaram como sendo a característica e a tendência histórica do negro no Brasil, a da resistência, da rebelião. Ele agiu, interpelou o Instituto de Psicologia e Serviço Social (IPSS). Convocada, Mônica agregou força e também operou. Cenários como esse me fazem lembrar da concepção de iniciativa de José Moura. Ele salientou:

> toda iniciativa sai de certas condições, foi preparada. Mas as condições e a preparação, que influíram numa iniciativa, não dariam por si mesmas em iniciativa sem um iniciador que tirasse proveito delas. Quem age, mostra sua originalidade e chama atenção:

> a ação revela um sujeito. Quem age, precisa falar. Precisa frisar que a ação faz diferença. [...] Agir é iniciar e, finalmente, é realizar, perfazer, acabar, constituir um *poder*. O iniciador, para realizações, depende de outros iniciadores. O *poder* de uma iniciativa depende de adesão. Uma ação começa em alguém, mas só se completa com os outros (Gonçalves Filho, 2004, p. 22-23).

É fato que, mais de uma década antes, no segundo semestre de 2005, Lúcio Otavio Alves Oliveira, enquanto realizava seu mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como parte de suas atividades de estágio de docência, ofereceu a primeira disciplina do curso sobre o mesmo tema. Criada por ele com o aval e o acompanhamento de seu orientador, a disciplina optativa foi nomeada de Psicologia e estudos sobre racismo. Ela reverberou positivamente entre estudantes, contou com a aprovação de professores, mas em grande medida Lúcio esteve só, ou quase. Dois anos após, em 2007, defendeu a primeira dissertação sobre branquitude realizada em Programas de Pós-Graduação em Psicologia da Bahia, intitulada: *Expressões de vivência da dimensão racial de pessoas brancas: representações de branquitude entre indivíduos brancos*. Um marco! Mas mais uma vez Lúcio estava só, ou quase.

Com ele tivemos um começo. Na década seguinte, com as(os) estudantes coletivizadas(os) e com a equipe de professores convidados e Mônica, tivemos outro princípio, dessa vez em rede, também composta por outras professoras e professores do curso de Psicologia. Cada qual compõe e contribui com essa tessitura a partir de suas especificidades. Como ressaltou Benghozi (2010), uma rede funda-se entre particularidades, afinidades, necessidades, complementaridades em torno de um projeto comum. Ela é viva, é dinâmica e se constitui com base na mutualização das competências, na pluralidade de conexões.

Se, no texto inicial deste livro, Mônica nos compartilhou que, por anos, não falava quando era aluna do IPSS, como professora e em parceria sua voz ressoa.

A trama ampliou-se com minha chegada. Quando comecei a trabalhar na UFBA, ela apresentou-me a estudantes de seu projeto de extensão sobre "Formação antirracista". Desse contato, desdobraram-se outros e, em setembro de 2020, um mês após minha entrada no IPS, fui convidada pelas estudantes do curso de Psicologia da turma de 2017.1 – Ana Beatriz de Jesus Oliveira, Aniele Almeida Silva Berenguer, Geisa Telles da Silva, Illa Souza Muthe, Lorena Portela Santos Santana e por Maximiliano Sales Otremba – para sonhar com elas e com ele, para estudar e pesquisar sobre heterogeneidade racial. Há mais de dois anos formamos o primeiro grupo de pesquisa do curso de Psicologia sobre racismo e relações raciais. Um presente. Uma alegria. Um desafio intelectual importante[2].

O grupo está vinculado ao projeto guarda-chuva desenhado por mim e intitulado "Ideologias dominantes, discursos contra hegemônicos na Bahia e o sujeito vincular sob pressão", cujo objetivo geral é propiciar estudos sobre modos de vinculação, subjetivação e socialização que ocorrem entre habitantes do estado da Bahia, tendo em vista as ideologias racistas, sexistas, classistas e suas intersecções, bem como o discurso contra-hegemônico. Buscamos refletir sobre as instâncias psíquicas, sociopolíticas e ideológicas que demarcam as relações entre os sujeitos em suas interações e, nesse sentido, compreender o modo como a população da Bahia relaciona-se, vê-se, é vista, milita e fala de sua vida e de sua identidade nos mais variados

[2] O mote deste artigo, as hipóteses levantadas e as análises realizadas são em grande medida resultantes de conversas feitas com esse grupo de pesquisa, do qual sou coordenadora. Por assim dizer, este artigo é também fruto do pensamento do grupo. Estamos elaborando uma produção coletiva, maior, escrita por todas(os), na qual detalharemos e aprofundaremos teoricamente cada uma das pesquisas e pontos centrais aqui mencionados.

cenários, tais como: na escola, na universidade, no cotidiano, nas relações amorosas e amistosas, na cidade e no interior etc.

Este projeto engloba as seis pesquisas desenvolvidas pelo grupo de pesquisa. Nesses mais de dois anos de iniciação científica, Illa, Ana e Geisa já se tornaram psicólogas; Aniele, Lorena e Max estão terminando a graduação. Lorena completará dois anos de inserção no Programa Permanecer (2021-2023), o qual integra as ações da coordenadoria de Ações Afirmativas, Educação e Diversidade da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil. As demais investigações estiveram, no período de 2021-2022, atreladas ao Programa Institucional de Bolsas Iniciação Científica (PIBIC) da UFBA, na modalidade voluntária e com bolsa, a qual foi recebida apenas por Aniele. Segue tabela com o nome das pesquisas realizadas e seus autores.

Quadro 1 – Pesquisadoras(es) e os nomes das pesquisas

Nome do(a) pesquisador(a)	**Título das pesquisas**
1. Ana Beatriz de Jesus Oliveira	Memórias de infâncias e a questão racial em uma escola pública rural de Feira de Santana
2. Aniele Almeida Silva Berenguer	O tom mais escuro – histórias e memórias de pessoas negras retintas
3. Geisa Telles da Silva	Quase brancos, quase pretos de tão pobres: raça e classe na construção da branquitude de baixa renda em Salvador
4. Illa Souza Muthe	A identidade racial de pessoas negras de pele clara: construindo o lugar do não lugar
5. Lorena Portela Santos Santana	Afroindígenas: sentidos, ressignificações e resistências
6. Maximiliano Sales Otremba	Identidade e memória em um município do sertão baiano: a branquitude na percepção de pessoas velhas de Vitória da Conquista

Fonte: elaborado pela autora.

Geisa e Max estão entrevistando pessoas brancas. Geisa tem buscado compreender a identidade racial de pessoas brancas e pobres de Salvador. No caso de Max, trata-se de pessoas brancas conquistenses, de classe média ou alta. A pesquisa de Ana volta-se para pessoas brancas e negras que, quando crianças, estudaram em uma escola rural freirense. Aniele e Illa entrevistam, respectivamente, pessoas soteropolitanas pretas e negras de pele clara, já Lorena tem conversado com aquelas que são baianas e têm dupla pertença racial, são negras e indígenas.

Este é um grupo inter-racial, composto por pessoas negras (pretas e pardas) e brancas. As pesquisas desenvolvidas têm relação com as reflexões que fazem sobre suas próprias identidades raciais, de classe ou regionais, e o tema da heterogeneidade emergiu quando, ao autonomamente estudarem sobre racismo, em abril de 2020, perceberam que uma mesma pessoa pode ser lida racialmente de diversas maneiras e que, como Oracy Nogueira (2006) já tinha observado, essa leitura pode variar de acordo com a região onde a pessoa nasceu e mora, a classe social dela, o tom de sua pele etc. Constataram que, por vezes, não só pessoas negras soteropolitanas tinham dificuldade de se qualificarem racialmente como negras, mas sujeitos brancos também apresentavam essa mesma inquietação, já que, por vezes ou muitas vezes, não se viam como brancos.

Liv Sovik, que foi professora de 1997 a 2000 da Faculdade de Comunicação da UFBA e é docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), deparou-se com enigma parecido. Em artigo publicado em 2004 e em seu livro de 2009, intitulado *Aqui ninguém é branco*, escreveu acerca da mestiçagem e branquitude no Brasil. Advertiu-nos que, não à toa, há essa representação ideológica circulando entre nós, mesmo porque "se não existe" branco no Brasil, não haveria razão para que essas pessoas "não" brancas se implicassem com o enfrentamento do racismo se pensassem e se posicionassem sobre a própria branquitude. Se não há branco, "logicamente" não há racismo no Brasil.

Eis aí algumas das funções psíquicas e sociais dessa representação ideológica: a de fortalecer uma falsa ideia, no caso, a ideia ideológica da democracia racial brasileira e, com isso, poupar e desresponsabilizar as pessoas brancas sobre o racismo à brasileira.

Nos anos 2000, muito mais do que hoje, a UFBA era um espaço eminentemente composto por pessoas de classe média e alta, em outras palavras: brancas, quiçá branquíssimas. Certamente, no período de 1992 a 1997, no qual Mônica fez graduação, não foi diferente. Logo, é crível supor que o emudecimento vivido por ela quando aluna dessa faculdade e acerca do qual se refere na abertura deste livro tenha nexo com suas experiências e marcas de classe social. Nesse mesmo texto de abertura, Mônica nos disse que seus pais têm origem pobre, periférica. Sobre sua raça, explicou-nos:

> em Salvador, não sou tratada como uma mulher negra. Fenotipicamente, tenho traços finos ou não negroides, pele marrom clara (qualquer sol me bronzeia), cabelos finos e castanhos. Nasci loira e isso foi mudando mais ou menos a partir dos meus 6 anos. [...] Nas festas juninas da escola e do meu bairro, fui rainha do milho e da pipoca, quando menina. [...] Meu pai, filho de 'caboclo', como ele me contou, e uma mulher 'pega', como ele relatou e não desenvolveu, parece-me nas minhas memórias com pele clara, traços indígenas (Lima, 2026, p. 57)[3].

Tem ascendência multirracial: branca, indígena e negra. A despeito de ter nascido loira, foi "desenlourecendo-se", tornando-se "parda entre aspas", quiçá "morena", "branca encardida" – expressão cunhada por Lia Schucman (2012) em relação às pessoas brancas miscigenadas, brancas menos brancas (Costa; Schucman, 2022), as quais não

[3] A citação de Lima neste capítulo refere-se ao Capítulo 1 desta coletânea intitulado "Subjetividade e saúde: onde a palavra emudeceu, o desenho coloriu", de Mônica Lima (Molije).

estão impedidas de passar por processos de desconforto e mal-estar quando estão em ambientes branquíssimos.

Na passagem de aluna para professora, de moça calada transformou-se em sujeito falante, assim como tonou-se estudiosa e referência de Psicologia Social Construcionista – aporte teórico, metodológico e político que compreende a linguagem como práxis, como ação no mundo e que dá lastro para que sejam analisadas as relações de poder na vida cotidiana, nas práticas discursivas (Carvalho; Vargas; Jesus, 2021). Nessa esteira, passou a afirmar aquilo que deveria ser óbvio para toda a comunidade Psi: o sujeito é social e histórico e as desigualdades sociais vulnerabilizam; por exemplo, silenciam. Nessa direção, disse Grada Kilomba (2019, p. 43): "alguém pode falar (somente) quando sua voz é ouvida. Nessa dialética aquelas/es que são ouvidas/os são também aquelas/es que 'pertencem'. E aquelas/es que não são ouvidas/os se tornam aquelas/es que 'não pertencem'".

É por isso que, para Kilomba (2019), a potência de vida amplia-se quando entendemos criticamente como estruturas de dominação trabalham na nossa própria vida.

Sobre branquitude e outras modalidades de dominação

A dominação é um abuso histórico de poder de um grupo social sobre outro[4]. É exploração material e simbólica desse grupo sobre o outro. É como chibata, um golpe externo, público, que age psiquicamente no sujeito violentado e em seu grupo de pertencimento, e que

[4] As expressões "grupo social" ou "grupo de pertencimento" aqui são utilizadas para sinalizar aspectos sociais que ligam sujeitos, por exemplo, a raça, a classe social, o gênero. Isso posto, a raça, o racismo e a branquitude enlaçam pessoas que são fenotipicamente consideradas iguais, ainda que não necessariamente se conheçam e mesmo que não se reconheçam como iguais, como tendo algo em comum.

de uma só tacada faz com que o sujeito (re)viva o que seus ancestrais viveram e que seus descendentes vivem. Produz (ou pode produzir) angústia longamente remoída (Gonçalves Filho, 2004), mas também resistência, combate, peleja.

O Brasil se constitui assim: de maneira politicamente desigual e a partir da luta e das negociações daqueles que são cotidianamente oprimidos. Estrutura-se com base no racismo/branquitude, no capitalismo/classismo, no sexismo. Dito de outro modo, racismo/branquitude, classismo e sexismo são ideologias violentas e a serviço da dominação.

Ideologia é aqui compreendida a partir de escritos de Kaës (1980), isto é, como um discurso que engendra a construção da identidade coletiva e do sentimento de pertença do sujeito a um grupo em oposição a outro. Trata-se de discurso totalizante, que não suporta o intervalo, a contradição, a dúvida, a pluralidade. Averso à complexidade, o sujeito alinhado ao pensamento ideológico é aquele que se amolda à visão homogeneizante do seu grupo de pertencimento, o que o impede ou dificulta de desenvolver pensamento crítico, autônomo. Não à toa, o discurso ideológico é sustentado quando o sujeito e seu coletivo não conseguem se relacionar com a diferença, com a descontinuidade, a perda. Por tudo isso, o pensamento dos sujeitos ideológicos é metonímico, sintagmático, já que transforma a parte no todo e, na tentativa de assegurar a imutabilidade e a coesão grupal, impõe ao grupo escolher uma parte ou outra, um pelo outro, nunca a variabilidade ou a dissonância.

Portanto, a ideologia (Kaës, 1980) é uma produção discursiva coletiva resultante de pensamentos e práticas reducionistas, estereotipados, infantis, narcísicos, que apagam a história, o tempo, e que têm como uma de suas principais funções a recusa da realidade, o falso saber, isto é, impedir que o sujeito e seu grupo entrem em contato com a complexidade da vida real e concreta, tanto quanto com suas

falhas, incompletudes, invejas e vazios. A ideologia mantém no sujeito ideológico e em seu grupo a ilusão de integridade, uma vez que o mal e as contradições, por projeção, são por eles depositados no outro. Objeto e arma da violência invejosa, pela destruição do outro, a ideologia mantém sua unidade, sua coesão.

> Como ressaltado por Kaës [...], esses processos de desvios do pensar são assegurados pela realização de desejo narcísico de proteção, é por isso que a ideologia tem também função de ideal. Ela define-se e se estrutura na sua relação com a idealização. Nesse sentido, ela é também uma idologia, isso é, uma produção narcísica de ídolos. Ou seja, em toda ideologia há ideias, ideais e ídolos poderosos (Costa; Fernandes, 2021, p. 31).

Um importante exemplo de ideologia que reina no Brasil é o da branquitude que, tácita ou explicitamente, sustenta a ideia de que existem raças biológicas, uma "naturalmente" superior (a branca) e outras "naturalmente" inferiores – as negras e indígenas. Sendo que o ideal seria a pessoa ser branquíssima: quanto mais branca, mais pura, mais europeia, "mais superior". O ídolo, o representante máximo dessa brancura, seria o povo alemão, visto como o belo, o ideal, o bom, o racialmente mais puro dos puros. Como comentou Melissa Steyn (2004, p. 115), a branquitude é "um constructo ideológico extremamente bem-sucedido do projeto modernista da colonização, é, por definição, um constructo do poder". Essa crença ideológica da superioridade branca forja o racismo.

Desde o século XV, com o colonialismo, essa noção de superioridade branca começou a ser delineada e utilizada como estratégia no processo de superexploração escravista. Sobre isso, registrou Liv Sovik (2004, p. 364)[5], a branquitude "é produto da história pós-1492,

[5] Liv Sovik, Melissa Steyn e Matt Wray neste livro utilizam o conceito de branquidade. Substituem-no por branquitude, porque o modo como empregam-no é correlato à

na qual o Brasil tem lugar e interesse garantidos". Assim sendo, não há racismo sem branquitude, sem que seja criado e mantido por pessoas brancas[6].

Melissa Steyn (2004) também destacou que a branquitude é uma ideologia engendrada na e consequência da colonização e do imperialismo europeus. É por intermédio dela que os brancos se tornaram um grupo social privilegiado, ideal, cuja identidade é considerada a norma. Acrescentou:

> os europeus tornaram-se 'brancos' à medida que expandiram e fizeram conquistas, criando uma identidade comum que usou os africanos como principal contraste com base no qual eles desenvolveram essa identidade [...] As pessoas oriundas da Europa puderam estabelecer uma identidade supranacional, que garantiu que as formações sociais emergentes em decorrência da expansão europeia se articulassem de modo a beneficiar ao máximo seus interesses pessoais (Steyn, 2004, p. 124).

Além de estruturar o racismo, a branquitude também alicerça o capitalismo e o sexismo (Bento, 2022). Então, é um equívoco supor que seja possível desmantelar o capitalismo (ou outras estratégias de dominação) sem que se desconstrua a branquitude e, por ampliação, o racismo. Isso posto, mesmo implicitamente, a ideologia funciona como regra constante (metaenquadre) e desempenha funções psíquicas e sociais: diferencia, hierarquiza e subjuga grupos sociais considerados inferiores, assim como proporciona privilégios para aqueles tidos como superiores. Orienta modos de pensar, agir, interagir, sentir.

forma como as discussões atuais de branquitude estão sendo desenvolvidas. Nessa direção, em seu livro de 2009, a própria Sovik faz essa alteração.

6 Sobre um racismo que teria existido antes da emergência de uma identidade racial branca, ver, por exemplo, N'Diaye (2019), que aborda o genocídio negro no período entre os séculos VII-XVII no mundo árabo-muçulmano. Entretanto, foi com o colonialismo (XVI-XIX) e a expansão do capitalismo que o racismo passou a ser um sistema global/universal de dominação e desumanização.

Ela é uma formação articular/intermediária, intersubjetiva (Kaës, 1980) e estrutural (Costa; Fernandes, 2021). Em outras palavras, é fomentada no espaço grupal/institucional – nos grupos de trabalho, de lazer, religioso, de estudo, na família, no casal. Lembrando que, ao transitar de um grupo ao outro, de uma instituição a outras, as pessoas transmitem e impõem seus olhares, suas ideologias. Nesse trânsito entre um grupo e outros, uma instituição e outras, as ideologias vão estruturando-se e, ao mesmo tempo, estruturam esses mesmos grupos e instituições.

Há pessoas em grupos e em redes por trás de tudo que chamamos de "estrutura" (Costa, 2020). São elas que fazem as leis e que estabelecem os rumos da economia, da política, da educação, da justiça, da mídia. Aliás, a mídia tem um importantíssimo papel na costura e na preservação dessa estrutura global, ideológica.

Assim, o grupo é o espaço da construção da ideologia, tanto quanto da constituição do sujeito, já que, ao buscar e encontrar apoio no grupo, o sujeito retoma o discurso ideológico do conjunto para se constituir. Igualmente, o grupo e a própria macroestrutura são criados pela ideologia. Há um processo de retroalinhamento entre sujeito-grupo-estrutura, sendo o grupo o espaço central para esse entrelaçamento.

> 'Isto é, o próprio grupo impõe exigências de trabalho psíquico guiadas por sua organização, sua manutenção, sua lógica própria' (Kaës, 1995, p. 105). Assim como a realidade histórica e socioideológica se impõe aos sujeitos e aos grupos. Portanto, [...] é preciso considerar a ideologia a partir de dois registros interdependentes: o nível macroestrutural e o intersubjetivo. O primeiro depende do segundo, já que a ideologia é necessariamente ancorada e construída intersubjetivamente, como apontado, ela é tecida pelos sujeitos em suas interações sociais, grupais. Por outro lado, a dimensão intersubjetiva está atrelada à e alimenta-se da dimensão estrutural, é ela que garante a continuidade histórica, social,

> cultural, política, da ideologia, já que ela (a ideologia) está presente nas instituições, nos discursos coletivos, nas diferentes estruturas sociais (Costa; Fernandes, 2021, p. 33-34).

A ideologia racista e a branquitude, explicitamente ou não, criam e propagam uma ideia falaciosa acerca da inferioridade biológica das pessoas negras e indígenas. Veiculam a crença de que aspectos mentais, morais, culturais, intelectuais etc. são um contínuo direto das características biológicas de um determinado grupo racial (Munanga, 2004). Dessa maneira, a população negra e os povos indígenas, "por natureza", são tidos como racialmente inferiores e os brancos como superiores.

Esse mesmo discurso ideológico biológico está presente na dominação de classe, de gênero, assim como é próprio do capacitismo, da representação ideológica que inferioriza as pessoas com deficiência. Ou seja, todas essas ideologias (essa dimensão discursiva-prática-política) têm como âncora um discurso sobre o corpo ideal. O corpo branco, não negro, não indígena. O corpo do homem e não o da mulher cis ou trans ou de outras pessoas integrantes da população LGBTQIAPN+. O corpo tido como normal e não o de uma pessoa com deficiência. O corpo do rico, não o do pobre. Em resumo, o corpo ideal é o dos homens brancos, ricos, cis, héteros, corponormativos.

O rebaixamento das pessoas pobres brancas evidencia-se quando são consideradas (biologicamente) menos inteligentes, menos cultas e mais propensas aos vícios, ainda que, e em comparação com as pessoas negras da mesma classe social, tenham o privilégio da brancura (Schucman, 2012; Telles, 2003). Vale lembrar que o classismo tem como fundamento a divisão de classes imposta pelo capitalismo, o qual substitui a noção de sujeito de direitos pela de consumidor e desqualifica tudo o que é público – funcionários, usuários, lutas (Oliveira, 1999). Gesta o engodo de que, se o sujeito (pobre) tiver mérito,

vencerá. Ao alienar e biologizar o sujeito, amplia a sensação de que ele (o pobre) é incapaz.

Ainda sobre o contexto capitalista e racista, em 1969, nos Estados Unidos, a feminista negra, Frances Beale (1970), redigiu um manifesto acerca da dupla penalização vivida pela mulher negra, que é oprimida e segregada por ser mulher e negra. Beale pode ser considerada uma das iniciadoras do debate sobre interseccionalidade entre raça, classe e gênero, assim como Angela Davis (2016)[7] e Lélia Gonzalez (1984).

O conceito de interseccionalidade (Crenshaw, 2002) salienta que não basta pensarmos em raça, classe ou gênero isoladamente, mas que cada uma dessas modalidades de opressão está inscrita dentro da outra, é constituída pela outra e é constitutiva dela (Brah, 2006), e o reconhecimento de que a dominação, ao privilegiar alguns e golpear outros, privilegia e fere não por uma característica ou por outra, mas pela integralidade: avilta-a por ser negra e pobre ao mesmo tempo; privilegia-o por ser homem e branco ao mesmo tempo etc.

Ainda sobre a violência de gênero, ela refere-se à desigualdade vivida por aquelas(es) que não são homens heterossexuais. São violências cotidianas variadas. Por exemplo, este é o país que mais mata a população trans, principalmente trans negras. As teorias de gênero buscam romper a representação ideológica de que, por natureza, homens são mais potentes que as mulheres cisgênero e que pertencer à população LGBTQI+ é sinal de patologia. Desconstroem a relação de causalidade entre identidade de gênero, sexo e sexualidade: a identidade passa a ser vista como fragmentada, não essencializada, em conflito e plural (Nogueira, 2012). Enfatizam o caráter relacional, socio-histórico e político que há nas distinções baseadas em identidades sexuais (Scott, 1995). O que também significa dizer que as práticas e instituições são "'generificadas' – produzem-se ou 'engendram-se' a partir das relações de gênero" (Louro, 1997, p. 25).

[7] Publicação original em 1981.

Se o racismo perpetua o privilégio branco (Hasenbalg, 2005)[8], isto é, a manutenção (enganosa) da superioridade da identidade racial branca, da branquitude (Bento, 2002), o racismo, o sexismo e o classismo interseccionados possibilitam que a suprema branquitude seja vivida por homens brancos heterossexuais e ricos às custas da exploração de pessoas negras e indígenas e pobres. Na base estão as mulheres pobres, indígenas e negras, especialmente as mais pretas.

Algumas considerações sobre o branco e o pardo soteropolitanos

Por causa da pandemia, passei o anos de 2020 e 2021 praticamente sem sair de casa. Com a segunda dose de vacina, já no final de 2021, interatuei mais com as pessoas e com a cidade. Nessas situações cotidianas, na orientação de pesquisa de iniciação científica e em outras circunstâncias, tenho me deparado com aquela ideia ideológica de que em Salvador "ninguém é branco".

Por exemplo, Geisa tem tido dificuldade de encontrar pessoas brancas pobres para entrevistar, pois muitas não se reconhecem como tal. Na pesquisa que está sendo realizada por Ana Beatriz e na pesquisa de Max, pessoas incontestavelmente negras ou brancas, implícita ou explicitamente, acreditam na existência de uma raça pura, o que significa que elas consideram que, no Brasil e na Bahia, por serem territórios nos quais há miscigenação, em tese, não existiriam pessoas brancas, somente na Europa, notadamente na Alemanha. Assim como nos estudos de Ana e de Max, em conversas informais que fiz, encontrei pessoas brancas que negam a própria brancura, contudo, sabem que são ou que podem ser lidas pelo outro como brancas.

[8] Publicação original em 1979.

Se são lidas como brancas, se não têm marcadores corporais negroides, por que não se identificam como brancas? Em uma rápida comparação com minha cidade natal, São Paulo, diria que lá é mais recorrente pessoas brancas que são socialmente classificadas como brancas se nomearem dessa forma, mesmo que sejam brancas encardidas. São Paulo foi construída para ser branca, miscigenada, mas branca. Em Salvador, as pessoas parecem agir de forma oposta, optam por escurecerem-se!

A branquitude estabelece normas, modelos, modos comuns de pensar, agir e sentir; ainda assim, apresenta especificidades regionais. Steyn (2004) sinalizou a importância de examinarmos exemplos historicamente situados de branquitude, a fim de compreendermos de forma mais complexa seus modos de funcionamento. Assim sendo, farei breves considerações sobre o branco em Salvador, mas a aposta é que elas sejam aprofundadas em textos futuros, escritos com o término dos estudos vinculados ao projeto guarda-chuva de pesquisa.

Ao se apresentar na introdução deste livro como parda entre aspas, Mônica está assegurando que não é branquíssima, tanto quanto que, em Salvador, não é lida como negra, não é parda-negra, não passa por racismo e tem privilégios em relação à pessoa negra. Escrever que é parda entre aspas é uma forma de registrar que tem ascendência multirracial, de brancos, indígenas e negros.

Mônica reconhece-se publicamente como uma pessoa branca miscigenada. Ao olhá-la, notamos sua pele creme ou (branca). Há mais de 30 anos, Slenes (1992) já tinha colocado o branco entre parênteses e, em vez da palavra "branca(o)", o autor passou a usar "(branco)" ou "creme" para ressaltar que há brancos que têm pele creme, "morena", não branquíssima. Isso posto, estou aqui retomando aquilo que Lia Schucman (2012) já havia nos ensinado: há escalonamento e hierarquização dentro do grupo racial branco. Nele há pessoas branquíssimas, brancas e brancas encardidas (miscigenadas/

cremes). Essa constatação refere-se àquilo que deveria ser inequívoco: não há identidade racial pura, nem a branca.

Wray (2004, p. 357) também escreveu:

> existem, na categoria 'branco', processos cruciais de diferenciação interna, que não podem ser plenamente compreendidos como diferenças de classe ou de status socioeconômico. As distinções regionais, étnicas e culturais continuam a ser parte integrante dos processos da branquidade e, especialmente, nas regiões em que os brancos predominam, ou em que são uma minoria clara, as distinções intrarraciais (e intra-étnicas) assumem enorme importância.

Este é o caso de Salvador. Aqui parece haver uma experiência específica em ser branco, quando não se é maioria e quando não se é branquíssimo(a). Mônica é parte desse grupo, contudo, do ponto de vista da autodeclaração racial, ao se apresentar como branca, parece ser uma exceção, porque não é comum pessoas nas mesmas condições fenotípicas, e até bem mais brancas do que ela, perceberem-se assim. Esse dado ficará evidente com o relato de Davi e de outras pessoas com as quais pontualmente conversei e que, por intermédio desses diálogos, deram-me alicerce para elaborar este texto.

As quatro pessoas com quem proseei são baianas, nasceram ou moram em Salvador há anos. O que redunda dizer que nasceram e vivem em um estado em que a população branca é minoria e no qual a cultura negra é em maior ou menor grau valorizada (o samba, o carnaval, o axé, o jazz, a capoeira e até mesmo o candomblé). Elas têm consciência sobre racismo, acerca dos efeitos maléficos dele para as pessoas negras e benéficos para as brancas. Não acreditam na ideologia da democracia racial, ao contrário, enfatizam que a mestiçagem não é fruto de um encontro harmonioso. Entretanto, pouco sabem sobre branquitude. Todas se identificam racialmente como pardas, algumas como pardas-negras, outras como simplesmente pardas,

nem negras nem brancas, pardas-pardas. Registram que não sofreram racismo, ainda que não se sintam à vontade em alguns lugares. Têm consciência de que as políticas de cotas raciais não foram feitas para elas. Nunca recorreram ou recorreriam a elas, porque consideram que essas políticas são para pessoas que, do ponto de vista da classe social, precisam economicamente delas. São originalmente de famílias inter-raciais, pobres e que ascenderam socialmente. Fizeram faculdade em cursos de Ciências Humanas. São funcionárias públicas. São homens e mulheres cisgênero com mais de 45 anos.

Como o argumento delas é muito parecido, utilizarei aqui basicamente recortes de conversas que tive com Davi, porque elas foram mais prolongadas e ocorreram em dias diferentes, o que deu ensejo para que Davi pensasse com mais vagar sobre o tema. Ele ampliou e complexificou informações que, de forma pontual, também obtive com os demais.

Para mim, essas quatro pessoas são incontestavelmente brancas. Porém, como sou paulistana, e como já aprendemos que há variações regionais no modo como as pessoas podem ser racializadas, essas mesmas pessoas também são vistas por pessoas baianas como sendo brancas, mesmo que sejam classificadas por outras como pardas. E por que há essa diferença de leitura? O letramento racial. Aquelas pessoas que as classificaram como brancas têm letramento racial, consideram que há pessoas brancas de origem multirracial, mestiças, encardidas. Por fim, as falas das pessoas brancas que me inspiraram a escrever este texto ocorreram em situações informais, pessoais, durante o almoço, andando na rua, no intervalo de uma aula, mas mesmo assim Davi[9] assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira vez que conversei com ele sobre o tema, rindo, disse-me que era índio. Eu perguntei-lhe se tinha pertencimento étnico. Disse-me que não, mas que tinha ascendência longínqua, mesmo que não a

[9] Todos os nomes das pessoas com quem conversei são fictícios.

conhecesse. Igualmente, Isadora relatou ter alguma ancestralidade indígena. Ambos fazem referência ao fato de serem miscigenados e pobres, por isso eram pardos. Neste caso, qualquer discussão sobre pertencimento étnico e identidade racial indígena perde-se, deixa de existir. Então, indígena poderia ser qualquer um, desde que tivesse uma suposta origem indígena, ainda que não se soubesse qual.

Ao se deparar com o fato de que, por não ter pertencimento étnico, não poderia ser indígena e na tentativa de não se revelar branco, Davi explanou: "eu *sou pardo, a minha família é misturada e se eu falar que sou branco, vão achar que tenho privilégio, mas eu vim de família pobre*". Ao que comentei: "*Mas há pessoas que são brancas e pobres*". "*Sim, há*". "*Pessoas brancas pobres também sofrem, sofrem discriminação de classe*".

Davi ficou pensativo... Na semana seguinte, voltou a dialogar comigo, desta vez deu um depoimento mais longo.

> *Usar esse termo 'pardo', que afirma essa porção da população brasileira que é miscigenada, que não é resultado da democracia racial, que não se encaixa nessa forma harmônica e que parte de um segmento inferior da sociedade, é uma forma de identificação desse mestiço que sou.*

Nesse trecho, Davi reconhece-se como mestiço. Mais uma vez, quando sinaliza que parte de um segmento inferior da sociedade, está a nos dizer que a sua origem social pobre ou o fato de fazer parte da população de baixa renda tem conexão direta com sua condição racial de mestiço. Lisa e Milena, quando relataram que não conseguem frequentar espaços ocupados por pessoas brancas e ricas, também se alicerçam no mesmo argumento. Na sequência, Davi registrou: "*mestiço não como papel, como pardo, mas como resultado de matrizes culturais – algumas das quais negadas como representatividade desse grupo social. O miscigenado que não tem marcadores africanos, mas têm heranças*".

Ao mencionar que é um ser miscigenado sem marcadores africanos, aponta que, fenotipicamente, não é um sujeito com traços negros. Todavia, destaca que, a despeito de não ser negro corporalmente, têm heranças culturais negras, matrizes culturais de origem africana. Como não tem fenótipo, mas teria pertencimento cultural negro, sugere que a noção de pardo seja repensada. Sobre isso, disse:

> *ressignificar a ideia de pardo para ser algo de pertencimento, de demarcação de espaço. Já que não posso e não me vejo na condição de falar dessa negritude, que é tão estrutural no que somos – não só em termos culturais, mas em termos materiais, de produção econômica, não só valorizar a cultura africana, na perspectiva da imaterialidade das contribuições culturais, mas de sua força de trabalho –, não posso ser o porta-voz deles, mas eu também estou nessa sociedade, também tenho que pertencer a um grupo.*

Ademais, reforça que o pertencimento cultural negro legitima uma pessoa mestiça sem fenótipo negro ser parda, porque trata-se de uma realidade construída socioculturalmente e não de uma idealização/construção de sua cabeça. Em suas palavras:

> *eu me vejo no pardo, eu me identifico com ele. Não é algo idealizado* por mim e algo materializado nas minhas relações diretas, dentro da sociedade. *Eu vejo meus pares, me relaciono com eles. Então, esse pertencimento não é algo construído e idealizado, é real, é material, existe. É nessa perspectiva que me identifico como o pardo, já que não sou branco, não sou negro, sou um mestiço.*

Posteriormente, retoma sua sugestão de ressignificação do vocábulo pardo: "*acho que o termo 'pardo' a gente precisa ressignificá-lo, não ser mais um embranquecimento nem...*". Davi sabe que a palavra "pardo" tem lugar importante nas discussões raciais brasileiras. Tem consciência que, historicamente, no senso comum, foi utilizada para demarcar embranquecimento, desenegrecimento negro. Por outro lado,

também sabe que, para o Movimento Negro, pardo é aquele que tem fenótipo negro. Ainda que, intencionalmente, não tenha completado seu raciocínio, é aceitável considerar que queria dizer que redefinir o termo "pardo" significaria desatrelá-lo da ideia pejorativa de negação do negro tanto quanto desvinculá-lo da discussão fenotípica.

Mesmo que tenha tentado várias vezes mostrar-se aliado à causa negra, por exemplo, criticando a ideia de democracia racial e reconhecendo a contribuição decisiva do povo negro para o campo do trabalho e da cultura brasileira, Davi revela sua branquitude ao querer atribuir outro significado à palavra "parda". Ele autoriza-se a alterar algo que tem valor e significado para o povo negro.

Para ele, o termo não pode ter relação com o fenótipo, porque, nesse caso, ele próprio não teria lugar, não teria como se encaixar e justificar sua mestiçagem: estaria excluído. Ele me fez lembrar de bell hooks, quando retratou o branco como aquele que quer comer o outro, quer se apropriar da cultura do outro, quer fagocitá-lo. Davi completou:

> *tem que ter um grupo para eu me encaixar, já que eu não fico nesse lugar binário, não me identifico nem com um nem com o outro. Apesar de que, no olhar da sociedade, eu me passar por branco, mas uma coisa é como a sociedade me vê e como eu me sinto, como eu me pertenço, eu me incluo. Eu não posso me curvar ao enquadramento de como a sociedade me vê, sou sujeito nessas relações, o sujeito também tem que contar para que eu me veja, me coloque.*

Quando a sociedade o reconhece como mestiço, ela está certa, é realística. Se ela o reconhece como branco, descarta-a: não se curvará a ela, afinal, é sujeito de si. Davi não percebeu que há branquitude nesse seu posicionamento. Ao contrário, acha que há beleza e autenticidade nele: "sua opinião importa, conta!"

O negro não pode escolher ser branco ou negro: é enquadrado. O branco pode! Nesse ato, do ponto de vista racial, em certo grau, Davi e seus pares revelam o privilégio que têm de ter a liberdade para serem o que desejam. Por outro lado, e tendo em vista que não é um branco qualquer, é originalmente de classes populares, ele nos faz lembrar que o branco pobre sofre imposição social, cultural, econômica do rico, até mesmo a de não poder (facilmente) se reconhecer como branco, seria ridículo – como aparecerá em trecho futuro.

Quase no final de nossa conversa, Davi me enviou por WhatsApp a música "Luandê", cantada por Lazzo e escrita por Ederaldo Gentil. Segundo ele, ela define bem o que ocorre na Bahia do ponto de vista das relações raciais. Canta a música:

lá na Bahia
Todo branco tem um nego na famia
Gegê, Bantu ou nagô
Seu doutor, vim de Luanda
Pra namorar a sua fia
Nego amor, nego amor
[...]
O Luar lá de Luanda
Anda nas bandas de cá
Fui Oiá pra sua fia
Ví o mundo clarear
Seu Alvinho e dona Clara
Tem medo de noite virar dia
Vê a sua fia branca
Aumentar mulataria
Yê Quilombos da Bahia
Neste mundo, todo mundo
Tem um nego na famia

Se a miscinegação clareia o negro, ela mulateia, moreneia, escure o branco. Davi e Evaldo seriam exemplos desse processo. É por isso que, em suas concepções, são naturalmente pardos, naturalmente baianos, uma vez que não têm pele claríssima.

Diferentemente de Davi e Evaldo, Milena, que também seria fruto desses processos de "mulataria", crê ter um marcador corporal negro: seu nariz. Afinal, ele não é afilado, é de "batata". Como se só esse dado fenotípico a configurasse como sendo uma pessoa parda-negra. Como se pessoas brancas não pudessem ter narizes arredondados, bulbosos. Como se pessoas com rosto parecido com o da imagem a seguir não fossem brancas.

Figura 1 – Rinoplastia de nariz bulboso

Fonte: Érico Brasil (c2025).

A pele escura, preta, e apenas ela sozinha define uma pessoa como sendo negra, mesmo que ela tenha cabelo liso e outros marcadores corporais associados à pessoa branca, como boca fina ou nariz afilado. Da mesma forma, o cabelo crespo (não o ondulado) caracteriza uma pessoa como sendo negra, ainda que ela tenha pela clara. No tocante ao nariz e à boca, estes, por si sós, isoladamente, não indicam que a pessoa é negra. É preciso que haja uma Gestalt e que a pessoa, em sua integralidade, tenha fenótipo negro. É por isso que Mônica, e tal como ela se descreve, não o é.

Milena, assim como Davi, também tem origem periférica. Ela sugere que sua origem econômica e seu nariz são fatores decisivos para que seja parda-negra. É evidente que o capitalismo e o racismo são

modalidades de dominação entrelaçadas, mas não são idênticas, transmutáveis, intercambiáveis. O pobre branco sofre o sofrimento advindo da desigualdade de classe. O pobre negro (preto e pardo) sofre um sofrimento específico, o de classe e o de raça juntos, interseccionados. O que significa dizer que, no primeiro caso, o branco tem vantagens sobre o negro. Voltando ao relato de Davi, ele adicionou:

> *essa ideia dos baianos não se afirmarem brancos, por exemplo, eu na faculdade, ou em outros espaços, se me afirmasse como branco, seria motivo de risos para muitos, tenho certeza disso. Lógico que pessoas que têm militância vão entender e valorizar minha posição, mas dentro dessa cultura baiana estabelecida no senso comum seria motivo de riso. É necessário contato com essas argumentações, com a luta, para avançar. As pessoas vão rir pelo sentido simbólico do que é ser branco. Ao me declarar branco, vão rir, porque a gente se afirma aqui como mestiço, e tem esse sentido de não se associar à pessoa poderosa, privilegiada. Então, o riso será em cima dessas duas coisas: a ideia de que sou mestiço, porque sou baiano, e depois por não ser uma pessoa poderosa, rica, ter olhos azuis, verdes, cabelo loiro, qualquer um desses traços. Acho que é não associar a uma pessoa de poder e por me verem como um mestiço por natureza, porque aqui todo mundo pensa nisso.*

Com essa fala de Davi e os demais enxertos, podemos ponderar que:

1. Para ele, seria uma vergonha se se reconhecesse publicamente como branco, porque, em Salvador ou na Bahia, branco tem de ser branquíssimo, tem de ser louro e ter olhos azuis ou verdes. Desse modo, "a pessoa não pode ter nariz bulboso ou cabelo preto...": como se existisse raça branca legítima[10]. Se "não é pura", a pessoa não poderia ser branca;

[10] Em entrevistas realizadas pelo grupo de pesquisa, essa hipótese sobre a raça pura também apareceu e ela foi levantada por Maximiliano e acolhida pelo grupo.

2. Além de ser "verdadeira", sem misturas, a pessoa é considerada branca somente se for rica, poderosa. Por extensão, tacitamente ou não, e como já apontado, uma pessoa pobre não poderia ser branca. Davi, equivocadamente, crê que a pessoa pobre não teria privilégio. Ele e os demais interlocutores sobrepõem os marcadores sociais de classe e raça, trocam um pelo outro, mas não no sentido de negar a existência da raça e do racismo contra pessoas negras, como se no Brasil o problema fosse exclusivamente de desigualdade de classe, mas no intuito de sobrepujar e misturar a categoria raça com a classe social: por ser pobre, a pessoa seria biologicamente "impura", como tal não teria privilégio (racial), o branco sim;

3. Essa concepção seria assegurada não apenas pelas pessoas em suas singularidades, como também por seus pares, por aqueles que, mesmo não se conhecendo, estariam em condições similares (Davi, Evaldo, Lisa e Milena). São os pares que caçoariam, caso se identificassem como brancos, porém mais do que isso, essa noção seria mantida pela própria cultura baiana, dessa forma, por pessoas brancas e negras em suas interações sociais. É a cultura baiana que garantiria a ideia ideológica do "*sou mestiço, porque sou baiano*" ou também "*aqui, todo mundo pensa assim!*" ou "*sou pardo, porque sou pobre*";

4. Em última instância, se se trata de uma questão cultural, ela estaria correta. E este é um pensamento ideológico! Interessante perceber que Davi titubeia em relação ao conhecimento dos militantes. Sobre isso, disse: "*lógico que pessoas que têm militância vão entender e valorizar minha* [hipotética] *posição* [de branco]... *É necessário contato com essas argumentações, com a luta, para avançar*". Quem teria de ter contato com as argumentações para avançar? Os militantes teriam de entender o pensamento que paira no senso comum de

que, na Bahia, o mestiço e pobre é necessariamente pardo ou seria o contrário?

É crível conjecturar que, para ele, aqueles que defendem a existência de um branco não branquíssimo estariam errados, mesmo porque eles supostamente "negariam" o mal-estar e a humilhação vividos pelas ditas pessoas pardas. Nesse sentido, Davi desconsidera que, para as pessoas que reconhecem a existência de pessoas brancas de origem multirracial, como é o meu caso, o constrangimento experienciado por elas diz respeito ao fato de não serem branquíssimas, de serem brancas "impuras", "encardidas", quase como se fossem fruto de traição do branco com o branco, porque miscigenou-se. É um branco lido como feio, ilegítimo, pobre, porque não passável por europeu, mas não uma pessoa parda-negra.

Esse branco tido como "branco brasileiro" pode vivenciar situações específicas de mal-estar e discriminação, mas ele não é necessariamente golpeado pelo racismo estrutural. Inclusive, algumas das pessoas com quem conversei estão atualmente em cargos de alto padrão, mesmo Mônica está prestes a alcançar o topo da carreira de uma professora universitária.

Disso apreende-se que, na Bahia, uma pessoa branca de origem multirracial (logo, fenotipicamente não negra) reconhecer-se como parda pode significar uma defesa coletiva contra a supremacia branca baiana, já que apenas ela (as pessoas ricas e branquíssimas) poderia de fato ser branca, ter acesso ao poder ilimitado e superexplorar o outro, inclusive o branco mestiço! Para tanto, tais pessoas que se dizem pardas apoiam-se nos argumentos que têm: de classe social, na noção da mestiçagem ou na ideia de pertencimento cultural.

Ao definirem-se como pardas, estão ressaltando que o mau, o algoz, o explorador e o detentor de privilégios é o outro, o branquíssimo. Contudo, ao se defenderem como pardas, e ao se negarem como sendo pessoas brancas, estão deixando de se implicarem no debate

sobre branquitude e luta antirracista. Estão desresponsabilizando-se e negando os privilégios ou as vantagens que têm em relação às pessoas negras, notadamente as negras e pobres.

Mais uma vez a raça é engolida pela classe e quem sai no "lucro" é o branco, mesmo que de origem pobre. Informação essa que já deveria ter sido processada por todos. Edward Telles, há 20 anos, em 2003, e só para citar um exemplo, já havia nos alertado sobre o fato de que pessoas brancas pobres têm privilégios sobre as negras e pobres. Essa é uma discussão importante, porque envolve debates sobre políticas públicas econômicas e sociais, como as de cotas raciais e de saúde, entre outras.

Ao se afirmar como parda, a pessoa branca (de modo diferente do que apontou Davi) pode equivocadamente se achar no direito de concorrer às vagas de cotas raciais[11]. No tocante à saúde, recorro novamente a um exemplo revelado por Davi, a saber: assim como Mônica, teve de fazer uma cirurgia e foi muito bem tratado, acolhido, recebido pela equipe médica e de enfermagem. Não sofreu racismo.

No Brasil, sabemos, as pessoas negras (pretas e pardas) têm os piores acessos à saúde. Como ilustração, cito uma matéria de 2018 das Nações Unidas (2018), cujo título já diz muito: "Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil!" Na reportagem há o destaque para o fato de os sujeitos negros estarem mais expostos ao risco de morte violenta intencional, assim como integrarem o grupo de brasileiros que têm piores indicadores de saúde [...]:

> Mortalidade de recém-nascidos antes dos seis dias de vida, infecções sexualmente transmissíveis, mortes maternas, incluindo óbitos por abortos sépticos – quando o feto não é eliminado completamente causando infecção –, hanseníase e tuberculose.

[11] Sobre o pardo e as políticas de ações afirmativas, ler, por exemplo, Costa e Schucman (2022).

> Estes são alguns dos problemas de saúde evitáveis mais frequentes entre a população negra (Nações Unidas, 2018).

Infelizmente, a lista é grande e ela inclui diferentes doenças e, evidentemente, a covid-19. Fernanda Lopes insiste:

> o racismo, como fenômeno ideológico, engloba um conjunto de atitudes fundadas em preconceitos raciais [...] Ele define as regras de convivência e organização social e, ao mesmo tempo, o modo como as instituições se organizam e operam. No caso da população negra, as desigualdades de nascer, viver, adoecer e morrer são desnecessárias, poderiam ser prevenidas e evitadas se, e somente se, o racismo fosse devidamente reconhecido como determinante social da saúde e o seu enfrentamento assumido como prioritário dentro e fora dos serviços que compõem a rede SUS (Lopes, 2021, p. 12).

Ainda,

> diferentemente de outros países onde a raça é definida como ancestralidade, no Brasil prevalece uma classificação fenotípica, e quanto mais escura a pele, maior a incidência de racismo e piores os indicadores de saúde. A cor da pele é, portanto, a variável utilizada para a análise do racismo estrutural e para a formulação e implementação de políticas de saúde que abordem o tema (Lopes, 2021, p. 14).

A cor da pele parda, por definição política, não inclui pessoas brancas e que, portanto, que não passam por opressões racistas estruturais[12]. É por isso que Mônica se reconhece como branca, mesmo tendo origem (mas não fenótipo) negra. Mônica quebra com a representação

[12] Basta olharmos para a população em situação de rua de Salvador: elas são quase sempre negras.

ideológica instituída na Bahia de que uma pessoa de origem multirracial e pobre não possa ser branca. Ela é exemplo para esta discussão.

Cerca de três meses depois daqueles encontros, Davi me procurou para relatar que tinha aceitado a minha sugestão e que tinha lido a tese de doutorado de Lia Schucman (2012). Depois leu o último livro de Cida Bento (2022), entre outros escritos sobre branquitude. Hoje, Davi não tem dúvida: é branco! Assim como Mônica, é branco-creme, branco de origem multirracial (Costa; Schucmam, 2022). Davi sofre discriminação de classe, mas não racial, e isso em um país altamente desigual e racista não é pouca coisa! Ao adquirir letramento racial e ao desconstruir a própria ideia que formulava sobre sua identidade racial, Davi abre brechas para pôr em questão a cultura baiana que amalgama pobreza e mestiçagem na categoria parda.

Tendo em vista essa cultura, Mônica pode, por vezes, ser colocada em xeque e ser rotulada como sendo alguém que não está considerando a sua negritude, alguém que "quer ser o que não é": branca. Como se, ofuscada pelo racismo, por falta de pensamento crítico, estivesse embranquecendo-se. Essa é uma inversão radical: de pessoa com letramento racial, seria vista como "alienada" racialmente.

Esse olhar sobre ela não estranharia, afinal, ela traz à baila um tema costumeiramente não discutido. Nesse sentido, ao atacar o enquadre de não se falar sobre o branco mestiço, desestabiliza o olhar corriqueiro sobre o pardo na Bahia e isso inquieta, incomoda. Ela, e agora Davi, buscam ser aliados na luta contra a branquitude. Por fim, essa conversa não é sobre uma mera opinião acerca de quem é uma pessoa negra (preta ou parda) ou branca (branquíssima, branca ou encardida), mas sobre quem vive e morre violentamente no Brasil, quem tem direito às cotas raciais ou não, quem morre mais durante ou após uma cirurgia etc. Enfim, é sobre quem é tratado como humano e quem não é!

Na torcida que este escrito inspire outras pessoas brancas baianas a notarem que são brancas de origem miscigenada e não pardas. Como tal, que possam reconhecer que, mesmo que sejam pobres, possuem privilégio em relação às pessoas negras e, por isso mesmo, deveriam ter como compromisso ético-político de colaborar com a mudança dessa configuração racista.

Referências

BEALE, F. Double Jeopardy: to be black and female. *In*: BAMBARA, T. C. (ed.). *The Black Woman*: an anthology. New York: Washington Square Press, 1970. p. 109-122.

BENGHOZI, P. *Malhagem, filiação e afiliação*: psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social. São Paulo: Vetor, 2010.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.). *Psicologia social do racismo*: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 25-58.

BENTO, M. A. S. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 26. p. 329-376, jan./jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 22 maio 2023.

CARVALHO, D. C. de; VARGAS, M. G.; JESUS, M. L. de. Produção de conhecimento sobre fenômenos psicossociais em tempos de Covid-19. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 70, p. 29-50, ago. 2021. Disponível em: https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/599/484. Acesso em: 22 maio 2023.

COSTA, E. S. Vínculos, grupos e redes em prol da vida ou na pactuação racista para a produção de morte. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*, [*s. l.*], v. 12, p. 78-107, out. 2020.

COSTA, E. S.; FERNANDES, M. I. A. Estudos psicanalíticos sobre o racismo. Branquitude e Mestiçagem como ideologias. *In*: DAVID, E. de C.; ASSUR, G.

(org.). *A psicanálise na encruzilhada:* desafios e paradoxos perante o racismo no Brasil. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Grupo de pesquisa Egbé: Projeto Canela presta & Sedes Sapientiai, 2021. p. 27-45.

COSTA, E. S.; SCHUCMAN, L. V. Identidades, identificações e classificações raciais no Brasil: o pardo e as ações afirmativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 466-484, 2022.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, ano 10, p. 171-188, 2002. DOI: 10.1590/S0104-026X2002000100011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 maio 2023.

DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

ÉRICO BRASIL. [sem título]. Fortaleza, c2025. Disponível em: https://ericobrasil.com.br/harmonizacao-facial-em-nariz-negroide-rinomodelacao-em-nariz-de-batata-bulboso/. Acesso em: 25 maio 2023.

FARIAS, M. O protesto negro em questão: contribuições de Clóvis Moura para a Psicologia Crítica. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. *Psicologia brasileira na luta antirracista*. Brasília, DF: CFP, 2022. v. 1, p. 62-71.

GONÇALVES FILHO, J. M. A invisibilidade pública: prefácio. *In*: COSTA, F. B. da. *Homens invisíveis*: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004. p. 1-27.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, [*s. l.*], p. 223-244, 1984.

HASENBALG, C. A. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005. (Trabalho original publicado em 1979).

KAËS, R. *L'ideologie*: études psychoanalytiques. Mentalité de l'idéal et esprit de corps. Paris: Dunod, 1980.

KAËS, R. *El grupo y el sujeto del grupo*: elementos para uma teoria psicoanalítica del grupo. Buenos Aires: Amarrotu Editores, 1995.

KILOMBA, G. *Memórias de plantação*: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobagó, 2019.

LOPES, F. De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. *Boletim de Análise Político-Institucional*, [*s. l.*], n. 26, p. 9-19, 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10517/1/BAPI_26_VoltaPrimordios.pdf. Acesso em: 22 maio 2023.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação*: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

MOURA, C. *Os quilombos e a rebelião negra*. 8. ed. São Paulo: Brasilense, 1994.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In*: BRANDÃO, A. A. P. (org.). *Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira*. Niterói: Eduff, 2004. p. 15-34. (Cadernos Penesb, 5).

NAÇÕES UNIDAS. *Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU*. Brasil, 31 jan. 2018. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/79061-negros-t%C3%AAm-maior-incid%C3%AAncia-de-problemas-de-sa%C3%BAde-evit%C3%A1veis-no-brasil-alerta-onu. Acesso em: 22 maio 2023.

N'DIAYE, T. *O genocídio ocultado*: investigação histórica sobre o tráfico negreiro árabo-muçulmano. Lisboa: Gradiva, 2019.

NOGUEIRA, C. O gênero na psicologia social e as teorias feministas: dois caminhos entrecruzados. *In*: PORTUGAL, F. T.; JACÓ-VILELA, A. M. (org.). *Clio-Psyché*: gênero, psicologia, história. Rio de Janeiro: FAPERJ: Nau, 2012. p. 33-45.

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. *Tempo Social*: Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 287-308, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ts/a/MyPMV9Qph3VrbSNDGvW9PKc/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 22 maio 2023.

OLIVEIRA, F. de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. *In*: OLIVEIRA, F. de; PAOLI, M. C. (org.). *Os sentidos da democracia*: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; São Paulo: FAPESP, 1999. p. 55-112.

OLIVEIRA, L. O. A. *Expressões de vivência da dimensão racial de pessoas brancas*: representações de branquitude entre indivíduos brancos. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/lucio_oliveira.pdf. Acesso em: 22 maio 2023.

SCHUCMAN, L. V. *Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"*: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulista. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667. Acesso em: 22 maio 2023.

SLENES, R. W. "Malungu, ngoma vem!": África coberta e descoberta do Brasil. *Revista USP*, São Paulo, n. 12, p. 48-67, 1992. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i12p48-67. Disponível em: https://revistas.usp.br/revusp/article/view/25575/27317. Acesso em: 22 maio 2023.

SOVIK, L. *Aqui ninguém é branco*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2009.

SOVIK, L. Aqui ninguém é branco: hegemonia branca e media no Brasil. *In*: WARE, V. (org.). *Branquidade*: identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 363-386.

STEYN, M. Novos matizes da "branquidade": a identidade branca numa África do Sul multicultural e democrática. *In*: WARE, V. (org.). *Branquidade*: identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 115-138.

TELLES, E. E. *Racismo à brasileira*: uma nova perspectiva sociológica. Rio de Janeiro: Relume-Dumar, 2003.

WRAY, M. Pondo a "ralé branca" no centro: implicações para as pesquisas futuras. *In*: WARE, V. (org.). *Branquidade*: identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 339-362.

Posfácio – Reatando fios e tecendo palavras

Flávia Goulart Rosa

A conversa sobre a proposta do livro nasceu em plena pandemia. Tive a alegria de conhecer Mônica ao vivo, pouco antes de nos recolhermos... Um dia a conversa sobre o câncer de mama veio à tona, já na pandemia. Conversamos sobre a possibilidade do livro e de fato incentivei nossa organizadora a seguir em frente. Sempre falei da doença abertamente, pois para mim significava alertar as outras mulheres, no sentido de dizer "vá ao médico, faça mamografia periodicamente, tem cura se for no início" e, por fim, o velho chavão "só depende de nós". Sabemos que não é bem assim, sobretudo para uma grande parcela da população.

Nós todas, aqui reunidas e vitimadas por esse tumor maligno, deixamos um pouco do academicismo de lado e mesclamos as nossas falas como verdadeiras artesãs das palavras, reatando os fios da vida e tecendo textos que falam de nós, de enfermidades, tratamentos, procedimentos, curas. Temos um tema central e, no seu entorno e

o envolvendo, diferentes discursos. Para a escrita textual desse assunto, é preciso selecionar "fios" com os quais teceremos e diante das informações existentes, saberes, crenças, ideias, pontos de vista, vivências, iremos tecer o nosso discurso textual.

Realmente, precisei buscar os meus fios em 2005. No final de 2004, fiz uma mamografia de rotina – sobretudo por conta de uma menopausa precoce, aos 36 anos, e já com problemas hormonais desde os 20 anos, estava sempre em alerta – e, ao sair o resultado, no meu íntimo, tinha certeza do diagnóstico. Estávamos às vésperas do Ano Novo e após fazer um ultrassom da mama, pedi a meu médico para aguardar as provas de seleção do mestrado para termos o diagnóstico definitivo. Este veio, na etapa final da seleção, no dia da entrevista. Lembro como hoje, abri eu mesma o resultado, sozinha na sala de trabalho. A primeira atitude foi ligar para o médico e depois para a família.

Fui para a entrevista do mestrado e de lá para o primeiro mastologista. Não aceitava nenhum plano de saúde e foi extremamente autoritário, querendo parar a minha vida e meus compromissos. No fim da consulta disse a ele que buscaria outro médico da equipe dele que aceitasse meu plano de saúde. Meu marido, ao meu lado, ouviu as minhas decisões.

Talvez, naquele momento, eu não tivesse a dimensão de nada ou não queria ter. Pensava já como iria conciliar trabalho, como diretora de um órgão público, professora, presidente de uma associação nacional, mãe de três meninos – o mais velho com 17 anos e os gêmeos com 12 anos –, mulher e, logo em seguida, mestranda, mas sempre fui movida pela fé e pela resistência. Minha vida não podia parar... De fato, fazemos as compensações, foquei no trabalho e no mestrado. Meu tumor era no canal dúctil, precisei fazer apenas radioterapia e a grande emoção foi ao retornar da cirurgia e mover o braço, num sinal de que não foi necessário retirar os gânglios axilares. Relembrando

também toda a conversa que tive com o mastologista no pré-cirúrgico, que de forma muito humanizada e afetiva me explicou todos os possíveis percursos.

Estive o tempo todo "firme e forte" e antes de ir para o centro cirúrgico "consolava" minha mãe e minha irmã. Foi minha mãe a companheira nesse caminho de médicos e o meu marido que me dava suporte, sobretudo, com os filhos. Decidi, quando me recuperei da cirurgia, que de fato a vida teria que seguir, embora a violência física tenha sido marcante e a cura emocional passa com o "passar do tempo, nossas buscas e vontade de superar". A relação feminina com a mama é muito própria. Íntima e única. Sabemos sim, que fatores e ocorrências da vida contribuíram para o desencadear da doença. Sabemos sim qual foi o ponto que nos pegou. Sabemos sim, que nem sempre é possível arrancar o "ponto" junto com a cirurgia e parti para a terapia e a escrita da dissertação...

A terapia, o mestrado, o retorno à atividade física – optei pelo pilates por entender que seria uma opção que poderia me ajudar também na parte postural e assim reduzir as tensões físicas decorrentes da rotina diária – foram "conquistas" que contribuíram para a cura. Sabemos que fazemos parte de um grupo privilegiado, como tão bem mencionado por Mônica na apresentação: "[...] quem faz parte do grupo populacional (branco) marcado por privilégios simbólicos e materiais [...] sabe que sofreu em circunstâncias privilegiadas e busca espalhar essa notícia ao mundo. Oferecer outras direções para pesquisar e cuidar".

Sempre buscamos "divisores de águas" e a minha opção de mais dedicação ainda à vida acadêmica e profissional foi o caminho... No entanto, busquei muito – e nisso a terapia me ajudou imensamente – uma mudança interior que reverberava em atitudes explosivas. Busquei sim o autocontrole, a comunicação não violenta e a sensatez. Explorar o que havia de melhor em mim mesma, a pessoa sensível e humana, sempre.

Destaco dois momentos cruéis no percurso do tratamento. O primeiro, a ida ao radioterapeuta, a primeira consulta "fria e desumana", as lágrimas corriam sem controle, eu sentada para o exame e aquele homem me examinado como mais uma. Um segundo momento foi na antessala da radioterapia, quando uma criança em tratamento ouviu minha conversa com sua mãe e me questionou "Por que não foi em seu filho?". Tomei um susto com a pergunta daquela criança, mas entendi o seu contexto. Há um ano fora de sua casa, em Vitória da Conquista, vivendo com sua mãe, numa casa de acolhimento, todos naquele ambiente eram crianças, também em tratamento do câncer.

Trazendo uma reflexão sobre dados da incidência do câncer de mama, este é o tipo de câncer mais incidente em mulheres de todas as regiões, sendo as taxas mais elevadas nas regiões Sul e Sudeste. A região Nordeste está em terceiro lugar (Brasil, 2022), em número de óbitos. Considerando todas as regiões, ocupa o primeiro lugar no país. Se fizermos um levantamento de renda dentre as mulheres que chegaram a óbito, com certeza elas estarão na faixa de baixa renda, por razões óbvias e pelo agravamento da situação no último (des) governo e no período pandêmico.

Considero que há uma intensificação das campanhas de esclarecimento e ações que ocorrem em bairros da periferia das grandes cidades, particularmente no mês de outubro, o denominado "Outubro Rosa", destinado a uma campanha de conscientização que tem como objetivo principal alertar as mulheres e a sociedade sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama – e que recentemente foi ampliada, também, sobre o câncer de colo do útero.

Sabemos que zerar esses índices é tarefa árdua e quase impossível em um país com as questões socioeconômicas e educacionais com as quais lidamos. Prevenir ainda é o caminho, mas esse percurso para a população que depende apenas do Sistema Único de Saúde (SUS) não é tão ágil e tão fácil, embora sejamos um dos poucos países

que mantém um sistema como este. O fio desse novelo ainda tem muitos nós. Precisamos sim, fazer um pouco da nossa parte, do que está ao nosso alcance, como esta contribuição em forma de livro.

Passaram-se 18 anos e, hoje, sinto-me curada, pois não tive reincidência. Curei também as mágoas anteriores, o "ponto", e creio que fiz as escolhas mais acertadas. Hoje, na condição de aposentada, após 43 anos de serviço, continuo me realizando na possibilidade que tenho de cada vez mais fazer escolhas. Continuo fazendo parte da pós-graduação e esta também foi uma escolha sensata. Tenho uma contribuição a dar aos(às) alunos(as) e quero sim retribuir de um certo modo o que a vida acadêmica me proporcionou.

Reunir Dulce, Maria Lúcia, Flávias, Ivana, Maria Alice, Aléssia, Emerson e Eliana, somente a sensibilidade e a coragem – no sentido positivo do termo, envolvendo compartilhamento – para falar de saúde-doença-cuidado distingue esta pessoa que é Mônica. Desejo que continuemos tecendo os nossos fios, que nossos novelos nunca se enrolem e que possamos desatar cada nó e transformá-los em vivências positivas. Pela primeira vez desenrolei o meu novelo desse tema e, para mim, foi uma emoção ler cada texto e fazer parte deste livro, que desde o início do projeto defini como um esperançar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Dados e números sobre câncer de mama*: relatório anual 2022. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: www.inca.gov.br/mama. Acesso em: 23 jul. 2023.

Sobre as(os) autoras(es)

Aléssia Silva Fontenelle

Professora associada I do curso de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Psicóloga formada pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise. Coordena o Núcleo de Psicanálise e Saúde Mental da Univasf e o Núcleo de Investigação Psicanálise e Toxicomania do Instituto de Psicanálise da Bahia. E-mail: alessia.fontenelle@univasf.edu.br

Dulce Aurélia de Souza Ferraz

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade Estadual de São Paulo. Mestre em Ciências com ênfase em Medicina Preventiva e doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desde 2011, é servidora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), onde atua na Escola de Governo da Fiocruz Brasília. Entre 2020 e 2023, realizou pós-doutorado no Pôle de Psychologie Social da Université Lumière Lyon-2, na França, e atuou como pesquisadora sênior no Institut de Psychologie da Université de Lausanne, Suíça, de 2021 a 2023. É editora executiva da revista

Global Public Health desde 2020 e editora associada da *Revista Interface*. E-mail: dulcefer@gmail.com

Eliane Silvia Costa

Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora associada ao Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da UFBA. Colaboradora do AMMA Psique Negritude. E-mail: eliane.silvia@ufba.br

Emerson F. Rasera

Professor titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo, com pós-doutorado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e pela University of New Hampshire/EUA. E-mail: emersonrasera@gmail.com

Flávia Goulart Rosa

Professora titular aposentada da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Responsável pela implantação do Repositório Institucional da UFBA. Vinculada e atuante no Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade. Mestra em Ciência da Informação e doutora em Cultura e Sociedade, ambos pela UFBA. Recebeu o reconhecimento do editor universitário ibero-americano "Rubén Bonifaz Nuño", concedido pela Universidad Nacional Autónoma do México. E-mail: fflaviagoulartroza@gmail.com

Flavia Rego

Médica formada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em Salvador. Residência médica em Cirurgia Geral no Hospital Ana Nery. Especialização em Mastologia no Hospital Aristides Maltez, com título

de especialista pela Sociedade Brasileira de Mastologia, em 2004. Curso de especialização em Mamografia, com título de especialista pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, em 2006. Curso de capacitação em Oncoplastia (Hands On), no Hospital Beneficência Portuguesa (Grupo de Oncoplastia Gemom). E-mail: fau.rego@yahoo.com.br

Ivana Spínola Cedraz

Fisioterapeuta especialista em Oncologia pela Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia. Mestre em Pesquisa Clínica e Translacional em Oncologia pela Fundação Oswaldo Cruz. Diretora técnica da Postura Clínica e fisioterapeuta do Centro Estadual de Oncologia (Cican). Fundadora do Projeto Sakura (@projetosakura). E-mail: ivanascedraz@gmail.com

Maria Alice Queiroz de Brito (Lika Queiroz)

Psicóloga (CRP 03/824). Gestalt-terapeuta. Mestra em Psicologia Social. Fundadora e diretora do Instituto de Gestalt-terapia da Bahia. Professora adjunta IV aposentada da Universidade Federal da Bahia. E-mail: likaqbrito@gmail.com

Maria Lúcia Vaz Masson (Malu)

Professora associada, pesquisadora e extensionista do Departamento de Fonoaudiologia, do Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia e Ciências da Reabilitação (IMRS) da Universidade Federal da Bahia. Fonoaudióloga, especialista em voz, mestre em Distúrbios da Comunicação, doutora em Educação, pós-doutora em Voz pela Harvard Medical School/MGH Voice Center. E-mail: masson@ufba.br

Mônica Lima (Molije)

Professora titular, pesquisadora e extensionista do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Psicóloga. Mestra e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Pós-doutorado em Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo na Universidad Autónoma de Barcelona. Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Vínculos e Saúde Mental (LEV). Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA. E-mail: molije@ufba.br

Formato: 15,5 x 22,5 cm
Fontes: MILO OT
Miolo: Papel Off-Set 90 g/m²
Capa: Cartão Supremo 250 g/m²
Impressão: Forma Certa
Tiragem: 500 exemplares

MÔNICA LIMA (Molije), professora titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA), psicóloga, com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, descobriu, tratou e curou um câncer de mama, em 2020. Nesse mesmo ano, Molije começa a desenhar as fases do seu tratamento, escreve uma autoetnografia psicossocial com base nos desenhos e inicia uma jornada pessoal-acadêmica na perspectiva da Psicologia Social da ciência performática. Em 2023, recupera o uso do desenho como mera ilustração de procedimentos da Psicologia Social clássica e argumenta sobre a originalidade e a importância do desenho como método de pesquisa no campo da Psicologia Social contemporânea, na perspectiva do movimento construcionista e/ou pós-construcionista, em sua tese para professora titular.

Este é um livro sobre mulheres, feito por mulheres. Sua estrutura narrativa se move entre campos complexos: a Psicologia, a Etnografia, a Artes, a metodologia científica. O texto se move intracampos. Assim, descreve com crueza a vivência do itinerário terapêutico de uma pessoa atravessada pelo câncer de mama. Faz isso analisando processos psíquicos e descrevendo intenções e caminhos de elaboração. Corpo e subjetividade emergem a todo tempo como indissociáveis e, a partir de uma leitura pós-construcionista, a vida vai sendo contada. Nesse percurso, a perspectiva da integralidade do cuidado se afirma nas estratégias de elaboração, na magia sobrenatural da cartomante, na delicadeza de um toque de mão, na ideia do sagrado, na precisão da técnica, na ressignificação do lugar do trabalho e na vida...

POR MÔNICA DALTRO

ISBN 978-65-5630-944-6

fapesb
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

GOVERNO DO ESTADO BAHIA
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO